

POCMS: Avaliação da sua Implementação no Hospital Amato Lusitano, EPE

Sofia Margarida Silva dos Santos

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Empresas, realizado sob a orientação científica da Doutora Maria de Fátima dos Santos David, Professora Adjunta da Unidade Técnico-Científica de Gestão e Economia da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico da Guarda

Aos Meus Pais!

Especialmente, à minha Mãe que é uma grande Guerreira,
e que sempre me ensinou a não desistir de nada!

A palavra “**Desistir**” não existe no meu dicionário!

Agradecimentos

A realização deste Trabalho de Projeto foi sempre encarada por mim, desde o seu início, como um enorme desafio. Assim, agradeço a cada um que, de alguma forma, contribuiu para a minha formação ao longo de toda a minha vida. Certamente, não teria como cita-los a todos aqui, mas agradeço em especial às pessoas que contribuíram mais diretamente para a conclusão deste projeto.

À minha família, em geral, pelo amor e pelos valores transmitidos.

Aos meus pais, familiares e amigos por acreditarem em mim e que me apoiaram incondicionalmente nesta fase da minha vida.

À Prof.^a Doutora Maria de Fátima David, minha orientadora, quero manifestar o meu agradecimento, pelo esforço e trabalho despendido, pela atenção, compreensão, preocupação e incentivo, bem como os conhecimentos transmitidos e disponibilidade ilimitada.

À Prof.^a Doutora Rute Abreu, um especial agradecimento, por ter sido crucial o seu apoio, esclarecimentos e opiniões dadas ao longo deste trabalho de projeto.

Ao Exmo. Senhor Diretor do Hospital Amato Lusitano, pela autorização dada, para recolha e fornecimento de dados estatísticos.

Aos meus colegas do Mestrado, que tornaram a caminhada menos árdua.

Aos meus colegas de trabalho, que contribuíram no dia-a-dia com o seu incentivo.

Por fim, agradeço a *Deus* por colocar cada uma destas pessoas no meu caminho.

Palavras chave

Setor Público, Setor da Saúde, Contabilidade Pública, POCMS, Hospital Amato Lusitano.

Resumo

Os serviços e organismos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do Ministério da Saúde (MS) sofreram grandes alterações no seu sistema de informação contabilístico e financeiro, bem como no processo de auditoria realizado pelo Tribunal de Contas. A necessidade de fiabilidade e comparabilidade entre serviços e organismos do SNS e do MS tornou imprescindível a adoção do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), aprovado pela Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro, tendo em vista a integração das três áreas da contabilidade: orçamental; patrimonial; e analítica.

Assim, em termos de metodologia, este Trabalho de Projeto centra-se na especificidade do setor da saúde, em geral, e da gestão hospitalar, em particular. A mesma consiste num estudo de caso longitudinal, no período 2003-2009, centrado numa análise empírica exploratória dos documentos de prestação de contas, os quais são de elaboração obrigatória segundo o POCMS. Como objetivo principal, o presente Trabalho de Projeto procura avaliar a implementação do POCMS no *Hospital Amato Lusitano, EPE* (Castelo Branco, Portugal), através da análise dos documentos de prestação de contas anuais, integrados na vertente da contabilidade patrimonial. Este objetivo é consubstanciado num segundo objetivo que visa analisar a sustentabilidade económico-financeira dessa entidade pública, localizada numa região de interior e fortemente influenciada pela desertificação e envelhecimento da sua população.

Quanto aos resultados obtidos, os mesmos permitem concluir sobre: a necessidade de otimização das despesas com pessoal; o cumprimento de critérios de legalidade, economia, eficiência e eficácia no quadro das políticas económicas e financeiras sustentáveis; e, ainda, a legitimidade na gestão pública, na medida em que fornece à sociedade, na qual as instituições se integram, os resultados que respondem às exigências dos normativos legais, no curto prazo, garantindo a sustentabilidade do Hospital, no médio e longo prazo.

Keywords

Public Sector, Health Sector, Public Accounting, POCMS, Hospital Amato Lusitano.

Abstract

The departments and services of the National Health Service (NHS) and the Ministry of Health major changes in its system of accounting and financial information, as well as the audit process conducted by the Court. The need for reliability and comparability between departments and services of the NHS and the Ministry of Health became essential to adopt the Official Accounting Plan of the Ministry of Health (POCMS), approved by *Portaria* n°. 898/2000 of 28 September, aiming the integration of the three accounting areas: budget, financial and management.

Thus, in terms of methodology, this research focuses on the characteristics of the health sector in general and hospital management in particular. It consists on a longitudinal case study in the period 2003-2009, focusing on an exploratory empirical analysis of the financial statements, which are mandated by the elaboration POCMS. The main purpose of this study is the evaluation of the implementation of POCMS in the *Hospital Amato Lusitano, EPE (Castelo Branco, Portugal)*, through analysis of the annual accounts report, integrated several aspects of financial accounting. This goal substantiates a second objective which aims to analyze the economic and financial sustainability of this public entity, implanted in an interior region and high influenced by desertification and population ageing.

Regarding the results obtained, allows us to conclude about: the need for optimization of human resources expenses, and compliance with criteria of legality, economy, efficiency and effectiveness in the context of sustainable economic and financial policies and, also, the legitimacy of the public management, as it provides to society, where institutions are integrated, results that meet the requirements of regulations, at short term, ensuring sustainability of the Hospital, at medium and long term.

Índice Geral

	Pág.
Glossário de Siglas	viii
Índice de Figuras	xi
Índice de Tabelas	xii
Introdução	1
Parte I - Análise Teórica	6
Capítulo 1. Revisão da Literatura sobre o Setor da Saúde	7
1.1. Enquadramento	7
1.2. Setor Público em Portugal	9
1.2.1. Considerações Gerais	9
1.2.2. Reforma da Administração Pública e a Nova Gestão Pública	11
1.3. Setor da Saúde a Nível Internacional	13
1.3.1. Considerações Gerais	13
1.3.2. Modelos de Financiamento da Saúde	14
1.3.3. Modelos de Prestação de Cuidados de Saúde	17
1.4. Setor da Saúde a Nível Nacional	18
1.4.1. Considerações Gerais	18
1.4.2. Sistema de Saúde Português até 1974	19
1.4.3. Sistema de Saúde Português de 1975 a 1995	20
1.4.4. Sistema de Saúde Português de 1996 a 2005	23
1.4.5. Sistema de Saúde Português após 2005	24
1.5. Considerações Finais	26
Capítulo 2. Revisão da Literatura sobre a Contabilidade Pública	28
2.1. Enquadramento	28
2.2. Reforma da Contabilidade Pública	29
2.3. Planos de Contabilidade Pública	31
2.3.1. Considerações Gerais	31
2.3.2. Plano Oficial de Contabilidade Pública	33
2.3.3. Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais	35
2.3.4. Plano Oficial de Contabilidade para o Setor da Educação	37
2.4. Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde	39
2.4.1. Considerações Gerais	39
2.4.2. Demonstrações Financeiras	40
2.4.3. Princípios e Regras	43
2.4.4. Critérios de Valorimetria	45
2.4.5. Especificidades Diversas	47
2.5. Considerações Finais	48

Parte II - Análise Empírica	50
Capítulo 3. Caraterização do Distrito de Castelo Branco	51
3.1. Enquadramento	51
3.2. Caraterização Demográfica	52
3.3. Caraterização Económica	63
3.4. Caraterização Social	68
3.5. Considerações Finais	74
Capítulo 4. Caso de estudo: <i>Hospital Amato Lusitano, EPE</i>	76
4.1. Enquadramento	76
4.2. Metodologia: Estudo de caso	77
4.3. <i>Corporate Governance</i>	79
4.4. <i>Corporate Finance</i>	88
4.4.1. Considerações Gerais	88
4.4.2. Análise de Demonstrações Financeiras	89
4.4.3. Análise de Indicadores e Rácios	97
4.5. Considerações Finais	101
Conclusão	103
Referências Bibliográficas	107

Glossário de Siglas

AC - Assembleia Constituinte
ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE - Direção Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
AR - Assembleia da República
ARS - Administração Regional de Saúde
ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.
BIS - Beira Interior Sul
CAE - Classificação da Atividade Económica
CCP - Código dos Contratos Públicos
CET - Cursos de Especialização Tecnológica
CMU - *Couverture Maladie Universelle*
CNCAP - Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública
CRI - Centros de Responsabilidade Integrados
CRP - Constituição da República Portuguesa
DR - Demonstração de Resultados
EPE - Entidade Pública Empresarial
FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
GDH - Grupos de Diagnóstico Homogêneos
HAL - Hospital Amato Lusitano, EPE
INE - Instituto Nacional de Estatística
IPCB - Instituto Politécnico de Castelo Branco
JSN - Junta de Salvação Nacional
MAI - Ministério da Administração Interna
MAOT - Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território
MAS - Ministério dos Assuntos Sociais
MAS - *Mutuelle Sociale Agricole*
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MEPAP - Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território
MESS - Ministério do Emprego e da Segurança Social
MF - Ministério das Finanças
MFAPS - Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde
MFS - Ministério das Finanças e da Saúde
MP - Ministério Público
MS - Ministério da Saúde
MSA - Ministério da Saúde e Assistência
MU - Ministério do Ultramar
NPM - *New Public Management*

NUTS - Nomenclaturas de Unidades Territoriais
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE - Orçamento de Estado
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PACS - *Picture Archiving and Communication System*
PCAH - Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais
PCAM - Plano de Contas das Associações Mutualistas
PCIPSS - Plano de Contas das Instituições Particulares de Solidariedade Social
PCISS - Plano de Contas das Instituições de Segurança Social
PCM - Presidência do Conselho de Ministros
PCMeMFPS - Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde
PCSMFM - Plano de Contas para os Serviços Municipalizados e Federações de Municípios
PIB - Produto Interno Bruto
PIDDAC - Programa de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
PIS - Pinhal Interior Sul
PMA - Prazo Médio de Armazenagem
PME - Pequenas e Médias Empresas
PMP - Prazo Médio de Pagamentos
PMR - Prazo Médio de Recebimentos
PNCI - Programa Nacional de Controlo e Infeção
POC - Plano Oficial de Contabilidade
POCAL - Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais
POC-E - Plano Oficial de Contabilidade para o Setor da Educação
POCISSSS - Plano Oficial de Contabilidade das Instituições do Sistema de Solidariedade e de Segurança Social
POCMS - Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde
POCP - Plano Oficial de Contabilidade Pública
POCSS - Plano Oficial de Contabilidade dos Serviços de Saúde
RAFE - Reforma da Administração Financeira do Estado
RMN - Ressonância Magnética Nuclear
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI - *Régime Sociale des Independents*
SA - Sociedade Anónima
SEE - Setor Empresarial do Estado
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SLS - Sistemas Locais de Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPA - Setor Público Administrativo
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais

TC - Tribunal de Contas
TDT - Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade
UCIP - Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes
UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UBI - Universidade da Beira Interior
UE - União Europeia
UGI - Unidades de Gestão Integrada
ULS - Unidade Local de Saúde
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF - Unidades de Saúde Familiar
USP - Unidades de Saúde Privadas
VAB - Valor Acrescentado Bruto
VAL - Valor Acrescentado Líquido
WHO - *World Health Organization*

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Prestadores de Cuidados de Saúde em Portugal	19
Figura 2. Sistema de Informação Contabilístico Integrado	43
Figura 3. Municípios do Distrito de Castelo Branco	52
Figura 4. Freguesias do Município de Castelo Branco	53
Figura 5. Fachada do <i>Hospital Amato Lusitano, EPE</i>	79
Figura 6. Organograma do <i>Hospital Amato Lusitano, EPE</i>	86

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Estrutura do Setor Público	10
Tabela 2. Estruturas Tradicionais e Agências Competitivas	13
Tabela 3. Âmbito e Conteúdo das Resoluções do Tribunal de Contas	30
Tabela 4. Planos de Contas e de Contabilidade Setoriais	33
Tabela 5. Área, Perímetro, Extensão Máxima e Altimetria por Município, 2010	54
Tabela 6. População Residente por Município, 2000-2010	55
Tabela 7. Densidade Populacional por Município, 2000-2010	56
Tabela 8. População Residente por Município, segundo Grupos Etários e Género, 2010	57
Tabela 9. Indicadores de População por Município, 2010	59
Tabela 10. Indicadores de Educação por Município, 2009/2010	60
Tabela 11. Alunos Matriculados por Município segundo Nível de Ensino, 2009/2010	61
Tabela 12. Estabelecimentos de Ensino por Município segundo Nível de Ensino, 2009/2010	62
Tabela 13. Indicadores de Empresas por Município, 2009	63
Tabela 14. Empresas por Município, segundo a CAE-Rev.3, 2009	65
Tabela 15. Variáveis das Empresas por Município, segundo a CAE-Rev.3, 2009	66
Tabela 16. Ganho Médio Mensal dos Trabalhadores por Conta de Outrem por Município, segundo o Nível de Habilitações, 2009	67
Tabela 17. Indicadores de Saúde por Município, 2009 e 2010	68
Tabela 18. Indicadores dos Hospitais por Município, 2009	69
Tabela 19. Consultas Externas nos Hospitais por Município, 2009	70
Tabela 20. Consultas Médicas nos Centros de Saúde por Município, 2009	72
Tabela 21. Médicos por Município, segundo Especialidade, 2010	73
Tabela 22. Elementos gerais, 2003-2009	88
Tabela 23. Balanço (Ativo) do HAL, 2003-2009	90
Tabela 24. Balanço (Amortizações) do HAL, 2003-2009	91
Tabela 25. Balanço (Provisões) do HAL, 2003-2009	92
Tabela 26. Balanço (Fundos Próprios e Passivo) do HAL, 2003-2009	93
Tabela 27. Demonstração de Resultados (Custos e Perdas) do HAL, 2003-2009	94
Tabela 28. Repartição dos Gastos com Pessoal do HAL, 2003-2009	94
Tabela 29. Demonstração de Resultados (Proveitos e Ganhos) do HAL, 2003-2009	96
Tabela 30. Demonstração de Resultados (Resultados) do HAL, 2003-2009	97

Tabela31. Indicadores e Rácios de Atividade	97
Tabela 32. Rácios de Produtividade	99
Tabela 33. Rácios de Rendibilidade	99
Tabela 34. Rácios de Liquidez	99
Tabela 35. Rácios de Financiamento	100

INTRODUÇÃO

Introdução

No Programa do XIX Governo Constitucional português é afirmado que deve ser *“reorganizada a rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação que permita maior equidade territorial e uma gestão mais eficiente dos recursos humanos, incluindo concentração de serviços, potenciada pela maior exigência na qualificação da gestão e na responsabilização das equipas, em todos os domínios, pelo desempenho alcançado; e Revista a estratégia de gestão de recursos humanos em saúde com análise ponderada das necessidades”* (PCM, 2011: 79). Enquanto, o Programa do XVIII Governo Constitucional e as Grandes Opções do Plano 2010-2013, no capítulo «Saúde: um valor para todos», defendia a *“consagração do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como uma das principais realizações da democracia portuguesa e como principal pilar do sistema de saúde, com a missão de concretizar uma política centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde”* (MFAPS, 2010: 35874).

Apesar das melhorias registadas nos últimos 20 anos, nas condições de saúde da população portuguesa, por influência da melhoria global das condições socioeconómicas da população portuguesa e do crescimento e desenvolvimento do sistema de saúde, através do aumento da oferta e da qualidade dos serviços prestados (Ferreira, 2008), continuam a subsistir algumas fragilidades e problemas que obrigam a atribuir a este setor uma importância prioritária. Assim, a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, 2010: v) defende que *“a satisfação das necessidades (reais) de saúde das populações é, simultaneamente, a missão e o desafio “genético” dos sistemas de saúde e dos hospitais. À semelhança da Medicina Clínica, que assenta no diagnóstico da situação e na instituição da terapêutica, estes devem desenvolver a sua atividade em conformidade com os recursos disponíveis”*. A distribuição justa e equitativa dos recursos e serviços, pressupõe a identificação das necessidades em saúde e o diagnóstico atempado da situação da saúde como uma etapa primordial do planeamento.

Como tal, o sistema de saúde português caracterizou-se *“por caminhar, ao longo das últimas três décadas, num percurso sem significativas descontinuidades ideológicas, apesar da existência de naturais oscilações políticas e de governos de diferentes partidos. Assistiu-se, aliás, a um curioso transvase ideológico: num primeiro momento (década de oitenta), os sectores mais à direita do espectro político acabaram por aceitar o modelo do SNS e, num segundo momento (década de noventa), os sectores mais à esquerda acabaram por aceitar modelos ou soluções de privatização, ainda que parcial, do mesmo SNS”* (Simões, 2003: 97).

Desta problemática sobressai a necessidade de avaliação das entidades públicas na área da saúde, em geral, e das entidades hospitalares, em particular, como resultado do Estado ser eminentemente gastador, não fazendo um uso eficiente dos dinheiros públicos (Clarke e Pitelis,

1993; Araújo, 2000; Suleiman, 2003; Silvestre e Araújo, 2009). De encontro a esta necessidade, os serviços e organismos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do Ministério da Saúde (MS) sofreram grandes alterações no seu sistema de informação contabilístico e financeiro, bem como no processo de auditoria realizado pelo Tribunal de Contas (TC). A necessidade de fiabilidade e comparabilidade entre serviços e organismos do SNS e do MS tornou imprescindível a adoção do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), aprovado pela Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro (MFS, 2000), tendo em vista a integração das três áreas da gestão: orçamental; patrimonial; e analítica.

Assim, na última década, Portugal, com algum atraso relativamente a outros Estados membros da União Europeia (UE), desenvolveu a contabilidade pública, bem como o seu papel no âmbito da reforma do setor público, tendo sido objeto de um aceso debate e motivado um número crescente de trabalhos de investigação, de que são exemplo: Antunes *et al.* (2000); Pascoal e Ribeiro (2001); Barros e Gomes (2002); Barbosa (2005); Arez (2006); Araújo (2007a); Carvalho e Ribeiro (2004); e Jorge *et al.* (2010).

➤ **Objetivos do Estudo**

O presente Trabalho de Projeto tem como objetivo principal, avaliar a implementação do POCMS no *Hospital Amato Lusitano, EPE* (HAL), localizado em Castelo Branco, através da análise dos documentos de prestação de contas anuais, integrados na vertente da contabilidade patrimonial. Segundo o Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro (MS, 2005), um Hospital EPE é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sendo o seu capital estatutário detido pelo Estado e aumentado ou diminuído por despacho conjunto dos Ministérios das Finanças e da Saúde.

De facto, o POCMS foi aprovado conjuntamente pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, sendo este último a entidade governamental que tem por missão definir a política nacional de saúde, exercendo as suas correspondentes funções normativas e promovendo a respetiva execução e avaliação dos resultados. Tal como estabelece o artigo 2.º do Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro (MS, 2006b: 7518), entre outras atribuições do MS, cabe referir que:

- “a) Assegurar as acções necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de saúde;*
- b) Exercer, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspecção;*
- c) Exercer funções de regulamentação, inspecção e fiscalização relativamente às actividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo sector privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos.”*

Paralelamente ao objetivo principal, existe um objetivo secundário que consubstancia o primeiro e que visa analisar a sustentabilidade económico-financeira da entidade pública em referência, enquanto localizada numa região de interior e influenciada pela desertificação e envelhecimento das suas populações. Neste sentido, coloca-se a discussão na temática da contabilidade para a sustentabilidade, já que, num contexto em que as organizações através das suas ações afetam o seu meio envolvente externo (Abreu *et al.*, 2005), a informação na área da contabilidade pública é dispersa, difícil de aceder e pouco transparente. Apesar de diferentes entidades publicarem relatórios para atender a exigências legislativas, as mesmas deveriam aumentar a sua legitimidade na gestão de um bem que é de todos e desse modo reduzir o custo político (Gelb e Strawser, 2001).

➤ Metodologia do Estudo

A metodologia utilizada para a prossecução dos objetivos anteriores consiste num estudo de caso longitudinal, no período 2003-2009, centrado numa análise empírica exploratória dos documentos de prestação de contas do HAL, os quais são de elaboração obrigatória segundo o POCMS. O ano de 2003 justifica-se por, em Novembro de 2002, através da Lei nº 27/2002 (AR, 2002), ter sido aprovado o novo regime jurídico da gestão hospitalar, que procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de Agosto (AR, 1990b), sendo importante perceber o cumprimento ou não dessas alterações. Enquanto, o ano de 2009 se justifica por ser o exercício económico mais recente com dados disponíveis e definitivos. De referir que, em 2011, após 33 anos de funcionamento, o HAL possuía 1.163 colaboradores repartidos por 29 especialidades clínicas e 8 serviços de apoio técnico, que geraram 72.996 admissões de urgência/ano, 88.873 consultas externas/ano, 9.851 internamentos/ano (não incluindo berçário e SO) e 1.109.779 meios complementares de diagnóstico e terapêutica/ano (ULSCB, 2012).

Por conseguinte, seguiu-se a metodologia de Yin (2008), ao justificar, pela sua especificidade, a utilização científica de diferentes relatórios anuais, representando a realidade que se pretende estudar, de forma a testar-se a aplicação dos conceitos teóricos. A recolha e tratamento da informação/dados originou a análise descritiva dos valores obtidos em cada ano. Assim, com esta investigação pretende entender-se a relevância das práticas de gestão, da prestação de contas na hierarquia do Estado e do controlo das despesas públicas, nas entidades abrangidas pelo POCMS, tendo por referência o HAL,

Neste sentido, o presente trabalho implicará uma revisão da literatura, por um lado, sobre o setor público, em geral, e o setor da saúde, em particular, e, por outro lado, sobre a contabilidade pública, na qual o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde se inclui. Após um levantamento da administração pública e enquadramento dos normativos legais no âmbito do MS, bem como da legislação principal que trata de contabilidade pública, segue-se uma caracterização da informação financeira produzida pelos hospitais em Portugal. Isto porque,

a investigação exige uma fundamentação teórica com base na legislação, assim como em obras e artigos científicos, na área da administração e contabilidade pública, para que a mesma seja devidamente fundamentada e referenciada.

Adicionalmente, com recurso ao método de estudo de caso, especificamente o *Hospital Amato Lusitano, EPE*, será feita uma caracterização da instituição, quer em termos do seu *corporate governance*, quer em termos de *corporate finance*. Por último, a realização da análise descritiva dos documentos de prestação de contas, Balanço e Demonstração de Resultados, acompanhada da análise de indicadores ou rácios, procura avaliar, através de evidência empírica, a implementação do POCMS. Com anterioridade a este estudo, efetua-se uma caracterização do distrito de Castelo Branco por ser a área de influência do HAL.

➤ Estrutura do Documento

Por tudo o exposto e para atingir os objetivos propostos, o presente Trabalho de Projeto está dividido em quatro capítulos, que constituem duas partes distintas, uma parte teórica e uma parte empírica. A parte da análise teórica, procura apresentar uma revisão da literatura sobre o setor público, em geral, e o setor da saúde, em particular (capítulo 1), para além de uma revisão da literatura sobre a contabilidade pública, tomando por referência os seus planos de contabilidade setoriais e, especialmente, o POCMS aplicável ao HAL (capítulo 2). Por seu lado, a parte da análise empírica, evidencia as características básicas do distrito de Castelo Branco, enquanto distrito de intervenção primordial do HAL, segundo a perspetiva demográfica, económica e social (capítulo 3), para posteriormente se desenvolver o estudo de caso que permitirá avaliar a implementação do POCMS, tendo por base a análise económico-financeira do HAL no período 2003-2009 (capítulo 4).

Do anterior serão retiradas as principais conclusões, com referência aos pontos fortes e fracos do desempenho do *Hospital Amato Lusitano, EPE*; e das oportunidades e ameaças do desempenho externo do mesmo, de modo a apresentar sugestões e recomendações para outros Hospitais, cumprindo critérios de economia, eficiência e eficácia no quadro das políticas económicas e financeiras sustentáveis. Adicionalmente, são apresentadas as limitações do estudo e as possibilidades de investigação futura.

PARTE I - ANÁLISE TEORICA

Capítulo 1. Revisão da Literatura sobre o Setor da Saúde

1.1. Enquadramento

Segundo Campos e Simões (2011: 158), *“a reforma de 1971 marcou as opções doutrinárias no sistema de saúde para as décadas seguintes e a ausência de ruturas significativas depois da Revolução de 1974 ter-se-á devido ao reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas da saúde, à orientação desse novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença (...) O facto de estas soluções, surgidas em 1971, assentarem em pressupostos políticos e técnicos avançados para a sua época e distantes da prática política do regime autoritário anterior explica, em parte, a ausência de visível rutura no desenvolvimento do sistema a seguir à Revolução de 1974”*.

Desde 1979, o sistema de cuidados de saúde português tem sido baseado na estrutura de um SNS, com seguro público, cobertura universal, acesso quase livre à utilização de serviços e financiamento através de impostos (Oliveira e Pinto, 2005). Com o SNS, Portugal aproximou-se das médias comunitárias em importantes indicadores de saúde, resultado do processo de desenvolvimento económico e social do País, mas também da eficácia do sistema de saúde (Simões: 2009); a densidade total do pessoal de saúde aumentou, embora com desequilíbrios; os gastos totais em saúde cresceram consideravelmente e as famílias gastaram mais do que seria esperado atendendo ao rendimento *per capita* dos Portugueses.

Neste contexto, o SNS, ao longo do tempo, viu crescer os seus custos para além do que, em cada ano económico, estava inicialmente previsto, dando lugar ao avolumar das suas dívidas, bem como viu agravadas as suas ineficiências, traduzidas em longas listas de espera para cirurgias e consultas de algumas especialidades. Porém, o SNS nunca esteve em sério risco de desaparecer, embora tenha sido a Constituição da República a impor, no início da década de oitenta, limites aos projetos de mudança substantiva do SNS através da lei ordinária (Amorim, 2009). Houve, no seu percurso, alterações de princípios importantes mas não constitucionais, mas os consensos foram-se construindo no sentido da manutenção do SNS como mecanismo de proteção social na saúde, carecido, porém, de reformas que o tornassem mais eficiente, equitativo e controlado nos gastos.

O SNS caracterizou-se, pois, por caminhar, ao longo das últimas três décadas, num percurso sem significativas descontinuidades ideológicas, apesar da existência de naturais oscilações políticas e de governos de diferentes partidos. Assistiu-se, aliás, a um curioso transvase ideológico: num primeiro momento, os setores mais à direita do espetro político acabaram por aceitar o modelo do SNS e, num segundo momento, os setores mais à esquerda acabaram por

aceitar modelos ou soluções de privatização, ainda que parcial, do mesmo SNS (Campos e Simões, 2011).

Atualmente, o setor da saúde ocupa um espaço muito visível na nossa sociedade, a nível económico e político. O conceito de «Economia da Saúde» surgiu como um importante ramo dentro da Economia, tendo ganho autonomia e projeção nas últimas duas décadas (Barros, 2009), na medida em que qualquer sistema de saúde de um país e a sua organização são fatores determinantes do estado de saúde da sua população.

De acordo com a Deloitte (2011: 6), *“nos últimos anos, Portugal tem assistido à melhoria dos seus indicadores de saúde, mas também a um conjunto vasto de medidas e reformas com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia do SNS, das quais se destacam:*

- *A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a extinção das sub-regiões de saúde, a criação dos ACES e a nova organização dos Centros de Saúde, onde as USF assumem um papel de destaque.*
- *A evolução da rede nacional hospitalar, dando origem à concentração de vários hospitais em Centros Hospitalares, à empresarialização da quase totalidade dos hospitais do SNS e à expansão das Unidades Locais de Saúde, que dez anos após a criação da primeira, a ULS de Matosinhos, evoluíram agora para seis em todo o país.*
- *A expansão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social que visa a prestação de cuidados a cidadãos em situação de dependência e/ou reabilitação, maioritariamente utilizados pela população idosa.*
- *A nova política do medicamento, um conjunto de medidas que, entre outras, visaram a redução de preços e o incentivo à utilização de genéricos, para reduzir os gastos com medicamentos”.*

Por conseguinte, ao fim de 30 anos do SNS, reconhece-se o seu papel na sociedade portuguesa, pese embora se discuta continuamente a sua viabilidade e extensão da sua atividade (Barros *et al.*, 2011). Assim, os últimos tempos têm sido dominados por aspetos financeiros, de que é exemplo a criação de centros hospitalares, que agrupam diversas entidades hospitalares, com vista a potenciar um sistema de gestão integrado de modo a tornar mais eficiente a gestão dos diferentes meios assistenciais, humanos, técnicos e financeiros das entidades que os compõem. Nesta matéria, o Programa do XVIII Governo Constitucional aponta para uma *“(...) continuidade ao processo de concentração, integração e racionalização dos recursos através da oferta de cuidados em centros hospitalares e unidades locais de saúde (...)”* (PCM, 2009: 75).

Com a criação dos centros hospitalares deu-se continuidade ao processo de empresarialização hospitalar, inserido numa política de modernização e revitalização do SNS e que pressupôs a adoção de uma gestão inovadora com carácter empresarial, orientada para a satisfação das necessidades do cidadão (Deloitte, 2011). Com a passagem a Entidades Públicas

Empresariais, EPE, *“o Governo pretendeu compatibilizar a natureza pública das instituições hospitalares, tuteladas pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, com um sistema de gestão empresarial por objetivos, mais flexível, mas ao mesmo tempo mais exigente. Pretendeu ainda promover mais e melhor qualidade nos serviços e um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde bem como a potenciação do desenvolvimento de uma cultura de mérito nos profissionais destas instituições* (Deloitte, 2011: 32).

Face às anteriores dinâmicas, faz-se neste capítulo o levantamento e caracterização do setor público em Portugal (ponto 1.2), para enquadrar o levantamento e caracterização do setor da saúde, quer a nível internacional (ponto 1.3), quer a nível nacional (ponto 1.4).

1.2. Setor Público em Portugal

1.2.1. Considerações Gerais

O setor público é definido por Franco (1995: 143) como um *“conjunto de actividades económicas de qualquer natureza exercidas pelas entidades públicas (Estado, associações e instituições públicas), quer assentes na representatividade e na descentralização democrática, quer resultantes da funcionalidade tecnocrática e da desconcentração por eficiência. (...) Ou, subjectivando, o conjunto homogéneo de agentes económicos que as desenvolvem, excepto os trabalhadores do sector público, que integram, como tais, o sector privado da economia (...)”*. Contudo, Caiado e Pinto (1997: 21) dão a conhecer outra definição com um carácter mais subjetivo, considerando o setor público como *“o conjunto homogéneo de agentes económicos que desenvolvem as actividades económicas, excepto os trabalhadores do sector público que integram o sector privado da economia”*.

Em termos constitucionais, o nº 2 do artigo 82.º da Constituição da República Portuguesa (AR, 2005: 4656) considera que *“o sector público é constituído pelos meios de produção cujas propriedade e gestão pertencem ao Estado ou a outras entidades públicas”*. Já em conformidade com o nº 1 do artigo 267.º da Constituição da República Portuguesa (AR, 2005: 4681), a *“Administração Pública será estruturada de modo a evitar a burocratização, a aproximar os serviços das populações e a assegurar a participação dos interessados na sua gestão efectiva, designadamente por intermédio de associações públicas, organizações de moradores e outras formas de representação democrática”*.

Em termos estruturais, o setor público subdivide-se em dois grandes grupos: o Setor Público Administrativo (SPA), que corresponde ao Estado em sentido lato; e o Setor Empresarial do Estado (SEE), que engloba as empresas públicas (**Tabela 1**). Segundo Franco (1995: 185), o SPA tem uma *“actuação económica própria do Estado e outras entidades públicas não lucrativas que desempenham uma actividade pública segundo critérios não empresariais”*, enquanto o SEE

corresponde às “organizações permanentes de factores de produção, cuja gestão se faz em obediência a critérios exclusivamente económicos (...)” (Franco (1995: 185). Assim, o SPA engloba quatro subsectores financeiros: a Administração Central; a Segurança Social; a Administração Regional; e a Administração Local.

Tabela 1. Estrutura do Setor Público

SETOR PÚBLICO	Setor Público Administrativo (SPA) - Estado em Sentido Lato	Administração Central	Estado: serviços públicos, integrados ou simples
			Administração Central Autónoma
		Segurança Social	
		Administração Regional	
		Administração Local	Freguesias
			Conselhos / Municípios
			Regiões administrativas
	Setor Empresarial do Estado (SEE) - Empresas Públicas		

Fonte: Adaptado de Franco (1995: 145).

Por seu lado, o SEE é constituído “*pelas empresas públicas e por outras empresas, cuja orientação, controlo, tutela ou supervisão dependem do Governo e da Administração Central do Estado*” (Franco, 1992: 184-185). Segundo a Portaria nº 558/99, de 17 de Dezembro (MF, 1999: 9014), consideram-se empresas públicas “*as sociedades constituídas nos termos da lei comercial, nas quais o Estado ou outras entidades públicas estaduais possam exercer, isolada ou conjuntamente, de forma directa ou indirecta, uma influência dominante em virtude de alguma das seguintes circunstâncias:*

- a) *Detenção da maioria do capital ou dos direitos de voto;*
- b) *Direito de designar ou de destituir a maioria dos membros dos órgãos de administração ou de fiscalização”.*

Deste modo, “o sistema de contabilidade pública tem hoje em dia necessidade de ser pensado como um instrumento indispensável ao planeamento económico (política fiscal, despesas públicas, défice orçamental e suas formas de financiamento), ao management público (ajuda aos Diretores Gerais na implementação e controlo do orçamento (...), como medida de avaliação do desempenho (fixação de futuros padrões standards) e a auditoria (interna e externa), a fim de ser possível a determinação das responsabilidades” (Silva, 1995: 19-20), de forma a proporcionar oportunamente a informação financeira que é requerida pelos governantes, no processo de tomada de decisões. Como referem Marques de Almeida e Marques (2003), “os critérios utilizados na gestão pública estão a modificar-se” e o simples cumprimento da legalidade “*deixa de ser a grande preocupação, dando lugar a critérios emergentes de economia, eficácia e eficiência*”.

De acordo com as Bases da Contabilidade Pública, aprovadas pela Lei nº 8/90, de 20 de Fevereiro (AR, 1990a: 685), *“os serviços e organismos da Administração Central só poderão dispor de autonomia administrativa e financeira quando este regime se justifique para a sua adequada gestão e, cumulativamente, as suas receitas próprias atinjam um mínimo de dois terços das despesas totais, com exclusão das despesas cofinanciadas pelo orçamento das Comunidades Europeias”* (nº 1, artigo 6º). Contudo, segundo a mesma Lei, para além do disposto anteriormente, *“poderá ainda ser atribuída autonomia administrativa e financeira em função de outras razões ponderosas expressamente reconhecidas por lei ou decreto-lei, nomeadamente as que se relacionem directamente com a gestão de projetos do PIDDAC cofinanciados pelo orçamento das Comunidades Europeias”* (nº 4, artigo 6º).

1.2.2. Reforma da Administração Pública e a Nova Gestão Pública

Como comentado anteriormente, ao longo das últimas décadas têm sido profundas as alterações do papel do Estado e, consequentemente, da Administração Pública, cujo perfil e funções são por ele determinados. De facto, *“o contexto histórico, económico, político e social em que o Estado desenvolve as suas actividades e exerce a sua missão impõe mudanças estruturais no âmbito de actuação da Administração Pública”* (Rego, 2008: 23).

Particularmente, na década de 90 *“a Administração Pública Portuguesa sofreu uma transformação profunda no que concerne à sua vida financeira”* (Silva, 2002: 11). Esta transformação foi originada pelas regras impostas pela União Europeia (UE) e a introdução da moeda única (o euro), ao nível da necessidade de estabelecer novas técnicas de gestão, criando um conceito de equilíbrio orçamental muito mais exigente. A Lei de Enquadramento Orçamental, aprovada pela Lei nº 91/2001, de 20 de Agosto (AR, 2001), e alterada e republicada pela Lei nº 52/2011, de 13 de Outubro (AR, 2011: 4632), prevê no seu artigo 87º que:

- “1 - Em cumprimento das obrigações de estabilidade orçamental decorrentes do Programa de Estabilidade e Crescimento, a lei do Orçamento estabelece limites específicos de endividamento anual da administração central do Estado, das Regiões Autónomas e das autarquias locais, compatíveis com o saldo orçamental calculado para o conjunto do sector público administrativo.*
- 2 – Os limites de endividamento a que se refere o número anterior podem ser inferiores aos que resultariam das leis financeiras especialmente aplicáveis a cada subsector”.*

Ora, a capacidade governativa do Estado é posta em causa, ou seja, as transformações do meio envolvente vão ter impacto na reforma do Estado e na Administração Pública. Para Rego (2008: 24-25), *“o grande dilema evidenciado ao longo das duas últimas décadas é que a globalização dos mercados veio a colocar em causa a sustentabilidade económica e financeira do Estado Social, porque a lógica da democracia representativa não conseguiu colocar barreiras efetivas à dimensão do Estado enquanto tal. E, em consequência, este sobrepeso do Estado*

Social retirou competitividade às economias dos países ocidentais face a países onde a justiça social tem uma abrangência muito mais limitada”. Para o mesmo autor, “a ineficiência e a ineficácia verificadas na Administração Pública e a progressiva substituição das funções clássicas de Estado promoveram alterações significativas no modelo tradicional de Administração Pública. Desde logo, a eliminação de muitas das ferramentas e dos órgãos administrativos que até então tinham sido criados e que sustentavam o modelo tradicional” (Rego, 2008: 32).

Neste sentido, os modelos de gestão na Administração Pública sofreram mudanças consoante as ideologias e conceitos de cada modelo de Estado. Segundo Araújo (2007b: 1), é possível identificar três grandes modelos de Estado a que se associam diferentes modelos de Administração, em concreto:

- Primeiro, *“Desenvolvimento do Estado Liberal, que vigorou no início do século XX, influenciado pelas ideias liberais, e que reduziu ao mínimo a sua intervenção na vida económica e social. Corresponde a este modelo uma Administração Pública neutral que se limitou a executar as decisões do Governo de acordo com as regras da gestão”;*
- Segundo, que surge após a Segunda Guerra Mundial, *“desenvolvimento do Estado de bem-estar social. Este modelo caracteriza-se pela intervenção do Estado na vida económica e social, em consequência do aumento das suas funções. A este modelo de Estado está associado o modelo de Administração Profissional, que se caracteriza pelo aumento da actividade da Administração Pública e pela profissionalização e o poder dos funcionários”;*
- Terceiro, que é o das últimas décadas, *“associado ao Estado de bem-estar. A influência das ideias neo-liberais e das teorias económicas, associadas a um contexto económico difícil, estiveram na origem de um novo modelo de Estado ao qual se associa uma Administração Pública orientada pela racionalidade gestionária e pelos valores da eficiência, da economia e da eficácia”.*

Por conseguinte, deu-se uma mudança nas organizações, que passaram a ter mais autonomia e maior capacidade de controlo sobre o desempenho da sua unidade organizacional, bem como ao nível de gestão. Deste modo, ao definir indicadores de desempenho, os objetivos tornam-se mais identificáveis para prosseguir, verificando possíveis desvios, permitindo assim, redefinir a adopção de um plano de ação, de maneira a poder corrigi-los (Rodrigues e Araújo: 2005). Deste modo, as estruturas tradicionais dão lugar a estruturas com uma lógica de diferente ação tal como se pode observar na **Tabela 2** que estabelece as diferenças entre as Estruturas Tradicionais e as Agências Competitivas.

Tabela 2. Estruturas Tradicionais e Agências Competitivas

<i>Estruturas Tradicionais</i>	<i>Agências Competitivas</i>
Ênfase no cumprimento das normas	Ênfase na eficiência
Atuam num ambiente de monopólio	Atuam num mercado livre de concorrência
Estrutura hierárquica	Sistema orgânico - virado para o cliente
Ênfase na estabilidade e previsibilidade	Ênfase na adaptação e na inovação
Competição muito limitada entre agências	Competição entre agentes públicos e privados
Ênfase na política	Ênfase na produção de bens e serviços públicos

Fonte: Adaptado de Rodrigues e Araújo (2005).

Para Araújo (2007b: 3), “*foram várias as estratégias de reforma adoptadas para mudar a estrutura e o funcionamento da Administração Pública, desde cortes orçamentais, venda de bens do Estado, privatização, contratação de serviços, introdução de indicadores de desempenho, gestão por objectivos, e outras técnicas de gestão do sector privado. Estas medidas de reforma enquadram-se no modelo de reforma gestor o qual foi considerado a solução capaz de responder aos problemas económicos e sociais e, em particular, a solução para introduzir maior eficiência e eficácia no funcionamento da Administração Pública. O modelo gestor, designado por Nova Gestão Pública, aparece como ‘a grande resposta’ aos problemas da Administração Pública, partindo da crença que a gestão do sector privado é superior à gestão no sector público*”.

Neste seguimento, surgiu um novo modelo de conjugação para a gestão pública, em busca de um setor público com maior transparência e responsabilidade (Hood, 1991; Kooiman, 1994): o *New Public Management* (NPM). Mas, com a introdução de novas técnicas de governação verificou-se inabilidade de resposta das organizações públicas aos novos desafios impostos e à resolução de problemas daí resultantes (Rego, 2008). O NPM, além de introduzir uma reforma de grande transformação no setor público interno, com o objetivo de aumentar a produtividade e ultrapassar o excesso de despesa e de dívida pública, deu a conhecer o relacionamento do Estado com a sociedade, em geral.

1.3. Setor da Saúde a Nível Internacional

1.3.1. Considerações Gerais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza uma definição muito ampla de sistema de saúde, afirmando que corresponde a “*todas as actividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde*” (WHO, 2000).

Em Portugal, de acordo com o nº 1, do capítulo II, Base XII, da Lei de Bases da Saúde (AR, 1990: 3454), o sistema de saúde *“é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades”*.

Segundo Campos e Simões (2011), por influência da revolução industrial, no final do século XIX, os sistemas de saúde encontram-se associados a um conjunto de três fatores, em concreto:

- Existência de um número significativo de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho, que por sua vez eram os propagadores de doenças transmissíveis, originando a preocupação dos empregadores e governos devido às perdas de produtividade.
- Impacto de doenças de guerra, na medida em que se constatou que os soldados morriam em maior número devido a doenças, do que propriamente devido ao ferimento de balas, implicando a limitação do impacto das doenças militares.
- Devido a fortes movimentos de operários na Europa, alguns governos tiveram que intervir, com destaque para o modelo Bismarck na Alemanha, retirando aos sindicatos a gestão dos seguros e tentando criar autonomia financeira, tendo como finalidade o sucesso em ações de reivindicação.

Nestes termos, importa analisar os modelos de financiamento da saúde em diferentes países europeus, de que são exemplo a Alemanha, a Holanda, o Reino Unido e a Espanha (ponto 1.3.2), bem como os modelos de prestação de cuidados de saúde, em termos dos níveis de desempenho e políticas de saúde e seus objetivos (ponto 1.3.3).

1.3.2. Modelos de Financiamento da Saúde

Os atuais sistemas de saúde europeus desenvolveram-se à sombra de dois grandes modelos, associados, um a Bismarck, na Alemanha, nos finais do século XIX, e outro a Beveridge, no Reino Unido, logo após a II Guerra Mundial. Ambos assentam no princípio de que o acesso a cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar, pelo que a contribuição depende do rendimento, mas a utilização depende apenas da necessidade (CSFSNS, 2007).

Assumindo como base estes dois modelos, identificam-se três modelos de financiamento (pagamento) dos cuidados de saúde nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE):

1. *Sistema de seguro privado voluntário* - no qual o prémio é fixado em função das características do risco de cada indivíduo ou grupo (somente os EUA e a Suíça é que têm seguros privados que cobrem os mais importantes riscos de saúde para a maioria da população).

2. *Sistema de seguro social* - de carácter obrigatório e realizado por entidades sociais supervisionadas por organismos públicos; são seguradoras que fazem uma avaliação do risco e os prémios são fixados consoante o rendimento de cada indivíduo.
3. *Financiamento por imposto* - que pode ser feito de duas formas: *Modelo integrado* - é assegurado por um só organismo público que recebe do Orçamento de Estado (OE) as verbas que precisa; e *Modelo Contratualizado* - é assegurado pelos serviços do Estado ou entidades privadas contratadas pelos fundos públicos autónomos que realizam o financiamento ou as prestações de cuidados necessários (Campos e Simões, 2011).

Não obstante, nos vários países europeus, tenham eles um seguro social ou um SNS, os seguros privados tendem a ser complementares face ao seguro público. Segundo a CSFSNS (2007: 19), *“actualmente, o debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde assenta em duas grandes questões - a sustentabilidade, por um lado, e a equidade, por outro. No entanto, as escolhas disponíveis para o decisor geralmente afectam pelo menos uma destas dimensões, sendo certo que algumas das medidas que promovem a sustentabilidade financeira conduzem a uma maior despesa privada, colocando em risco o objectivo da equidade”*.

Como refere a mesma Comissão, *“desde os anos oitenta do século XX, as reformas nos sistemas de seguro social têm enfrentado a dificuldade de conciliar esforços de aumento da equidade, eficiência e escolha e estabilização das contribuições, sem prejudicar demasiado o mercado de trabalho. Por outro lado, os sistemas assentes num serviço nacional de saúde, tal como os do Reino Unido, Irlanda, Suécia, Dinamarca, Itália, Espanha e Portugal, inspiram-se no relatório Beveridge de 1942, baseando-se no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório pela via dos impostos (nacionais e/ou regionais)”* (CSFSNS, 2007: 20).

Face aos modelos bismarckiano e beveridgeano, importa analisar as características do financiamento dos seguros públicos de saúde em alguns países europeus. Na **Alemanha**, onde o financiamento de cuidados de saúde tem como fonte principal o seguro social que cobre cerca de 70 milhões de pessoas, tendo uma população de 82 milhões, constituído por cerca de 250 fundos de doença, 10% da população está coberta por seguros privados e os restantes 2% cobertos por esquemas governamentais nos diversos setores (militares, polícia, reclusos, imigrantes e cidadãos com deficiência). Como os impostos são de reduzida contribuição, estes são aplicados no financiamento de investimentos nos hospitais, na investigação nos hospitais universitários, na formação dos profissionais de saúde e nos esquemas governamentais setoriais (Campos e Simões, 2011).

Por seu lado, o sistema de saúde em **França** tem como base um seguro social, criado em 1945. Em 1999, tendo em vista a cobertura do 1% da população excluída, foi concluída a cobertura universal do seguro para os residentes no país no decurso da criação da *Couverture Maladie Universelle* (CMU). O seguro social que cobre aproximadamente 95% da população insere três esquemas (cada esquema tem um fundo de doença nacional): o *Régime Général* (regime

geral) que tem uma cobertura sobre os trabalhadores do comércio e indústria e suas famílias, e beneficiários da CMU; o *Mutuelle Sociale Agricole (MSA)*, esquema agrícola, dando cobertura a agricultores, trabalhadores agrícolas e suas famílias, sendo estes 7% da população; por último, o *Régime Sociale des Independents (RSI)*, fundo nacional para trabalhadores por conta própria não agrícolas, estes representando 5% da população (Campos e Simões, 2011). A única entidade nas negociações com o Estado e prestadores é uma estrutura federativa, a *Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie*, que surgiu de forma a consolidar o seguro social na agregação dos três esquemas principais - Régime Geral, MSA e RSI (Campos e Simões, 2011).

A **Holanda** está regulamentada pelo direito privado, em que todos os residentes no país têm um esquema de seguro único, obrigatório e universal. Atualmente, todos os residentes são obrigados a pagar um prémio nominal (independente da idade, do estado de saúde ou do rendimento que auferem) definido por cada seguradora de forma a obterem um pacote básico de cobertura. Estas contribuições são dirigidas para um Fundo de Seguro de Saúde e depois de ajustadas pelo nível de risco, vão ser distribuídas pelas seguradoras. A população que tem baixos rendimentos recebe um subsídio do Estado, consoante o rendimento, de modo a usufruírem de um plano de saúde, sendo compensados pelo pagamento do prémio nominal obrigatório (Campos e Simões, 2011).

No caso do **Reino Unido**, ele tem um sistema de saúde desde 1948, baseado num SNS inserido no princípio da responsabilidade da sociedade, sendo este um serviço gratuito e acessível a todos os residentes. O SNS é financiado pelos impostos gerais em cerca de 79%, em 16% pelas contribuições para o *Nationale Insurance* (equivalente à Segurança Social em Portugal) e 2% das suas receitas através de co-pagamentos dos doentes. Os residentes podem obter um seguro privado adicional para além do SNS, sendo estes 11% da população (Campos e Simões, 2011).

Por último, a **Espanha**, com a Constituição de 1978, confere a todos os residentes o direito à proteção de saúde, definindo um novo enquadramento de princípio regional para a estrutura organizacional do setor. Em 1986, iniciou-se em Espanha a passagem de um sistema de seguro social, para um SNS (financiamento com base no rendimento, para um financiamento com base nos impostos), originando uma dependência de fundos da segurança social por parte do SNS. Cerca de 99% da população espanhola é abrangida pela cobertura que tem acesso a um pacote de benefícios que depende do rendimento de cada um, ficando uma percentagem mínima não coberta pelo SNS (empregadores e profissionais liberais). Os funcionários públicos têm uma cobertura mutualista, sendo 70% financiados pelo Estado através dos impostos e os restantes 30% através das contribuições dos seus membros (Campos e Simões, 2011).

Por conseguinte, pode concluir-se que não se verificam, na generalidade dos países da UE, alterações significativas no modelo de captação de recursos para a saúde. Nos países do centro da Europa, como Alemanha e Holanda, entre outros, os empregados e empregadores descontam

uma percentagem dos seus rendimentos para seguros sociais, que contratam a prestadores, públicos ou privados. Nos países influenciados pelo modelo criado na Inglaterra e nos países do sul da Europa, como Portugal e Espanha, entre outros, são os impostos que financiam um serviço nacional de saúde, com uma prestação maioritariamente pública.

1.3.3. Modelos de Prestação de Cuidados de Saúde

Quanto aos modelos de prestação de cuidados de saúde, identificam-se nos países da OCDE três tipos:

- *Sistema de reembolso*, que consiste no pagamento direto feito pelo consumidor referente aos cuidados de saúde que lhe foram prestados. O consumidor é reembolsado parcial ou integralmente por um seguro, ou por uma entidade seguradora que se responsabiliza por esse reembolso. Neste sistema os prestadores são pagos pelos serviços que fornecem aos consumidores.
- *Sistema de contrato* (convenção), que permite aos consumidores fazerem um acordo com os prestadores através de financiadores. Este sistema permite ao financiador um maior controlo do nível total da despesa e é o mais comum nos sistemas de seguro social.
- *Sistema integrado*, que implica que seja a mesma entidade a realizar a prestação de cuidados e o financiamento. Quanto ao pessoal, médicos em geral, são pagos através do salário e o financiamento dos hospitais fica a cargo do orçamento anual (Campos e Simões, 2011).

Em muitos países da UE, o Estado não só financia os cuidados de saúde, como assegura a prestação, nomeadamente dos hospitais e dos centros de saúde. A título de exemplo, refira-se o caso das camas hospitalares, que pertencem ao setor público em mais de 90% na Dinamarca, Suécia, Finlândia e Reino Unido, entre 80% e 90% em Itália e Portugal e entre 50% e 80% em Espanha, França, Grécia e Irlanda (Campos e Simões, 2011). Em outros países da UE a diversidade é maior: na Alemanha cerca de metade das camas hospitalares são públicas e a maior parte das restantes pertence a entidades sem fins lucrativos; na Bélgica, Luxemburgo e Holanda a maior parte dos hospitais para doentes agudos pertence ao setor privado, com ou sem fins lucrativos (Campos e Simões, 2011).

Também nos EUA, os *Medicare* deram início em 1983 à adoção de um sistema de pagamento prospetivo com base nos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) para os cuidados prestados em internamento aos seus beneficiários (Mateus, 2010). Ao nível dos países europeus, Portugal foi um dos pioneiros destes sistemas para análise de financiamento e desempenho dos hospitais, tendo os GDH conseguido estabelecer a comunicação entre os responsáveis pelo controle da despesa e os administradores das instituições.

Devido à diversidade e complexidade em avaliar um SNS, é necessário ter em atenção indicadores de desempenho, os quais, segundo o *The World Health Report 2000*, correspondem a: nível geral de saúde; distribuição da saúde na população; nível geral de resposta; distribuição da resposta; e repartição da contribuição financeira (WHO, 2000). Estes cinco indicadores visam ajudar a avaliar se o sistema de saúde respeita as pessoas e se tem capacidade para responder às preferências das famílias, bem como saber qual o rendimento que cada família disponibiliza para o sistema de saúde, para que os resultados e os recursos envolvidos dêem origem a uma política de eficiência no sistema (WHO, 2000)

Para o cumprimento da política de saúde há que ter subjacentes três objetivos centrais: equidade, eficiência técnica e eficiência económica. Quanto à **equidade**, a mesma pretende dar acesso e garantir aos cidadãos um conjunto de cuidados mínimos de saúde, em função das necessidades de cada um e não em função do rendimento. A **eficiência técnica** prevê a maximização dos cuidados, bem como a satisfação dos cidadãos, enquanto a **eficiência económica** afirma que os sistemas de saúde deverão consumir uma parte do Produto Interno Bruto (PIB) e só devem ser utilizados mecanismos indicados para que a despesa seja limitada à oferta em demasia do mercado privado e da procura de cuidados de saúde (Campos e Simões, 2011). Ora, nos últimos anos, as reformas dos sistemas de saúde nos países da UE baseiam-se, precisamente, na melhoria da eficiência e contenção de custos.

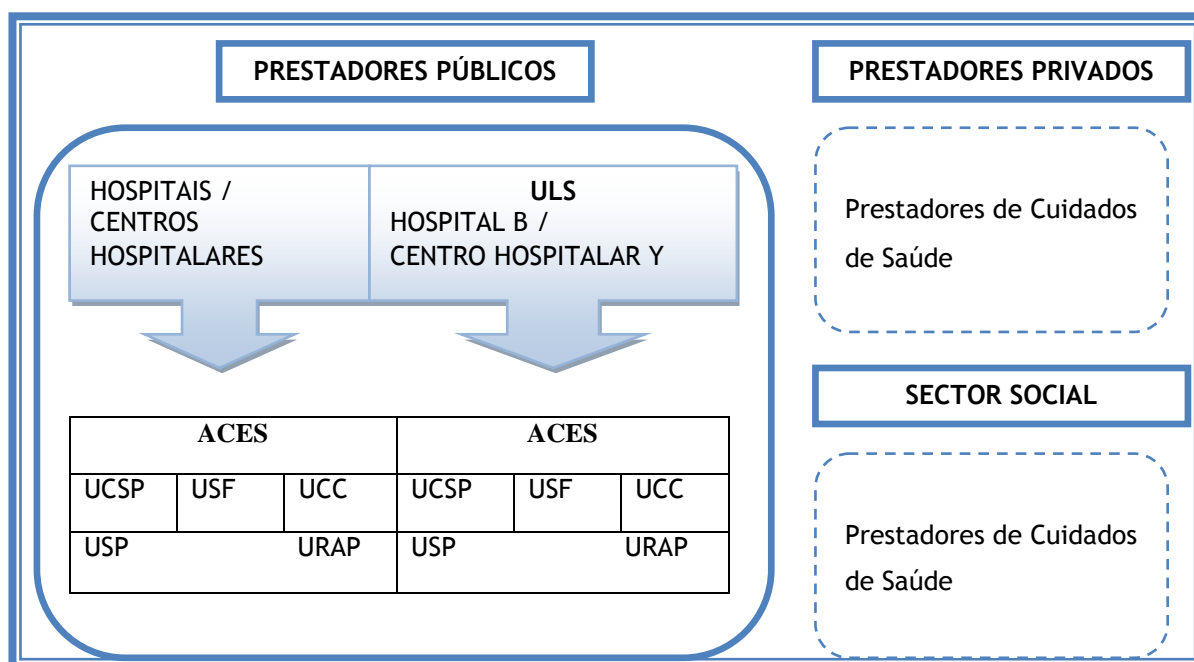
1.4. Setor da Saúde a Nível Nacional

1.4.1. Considerações Gerais

Na medida em que, o sistema de saúde de um país e a sua organização são fatores determinantes do estado de saúde da sua população, Portugal procedeu nos últimos anos a uma reorganização da estrutura da oferta de cuidados de saúde, tendo em vista, primordialmente, a melhoria da prestação de cuidados, com base em critérios de eficiência e a eficácia (**Figura 1**). Esta reforma baseou-se numa reorganização funcional dos cuidados de saúde primários, onde foram extintas as Sub-regiões de Saúde, que constituíam a ponte entre os Centros de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), com funções de carácter administrativo. Paralelamente, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Segundo a Deloitte (2011: 31), “os ACES são estruturas administrativas, compostas por várias unidades funcionais, e que agrupam um ou mais centros de saúde. Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população ligada à sua área geográfica, através da contratualização da prestação de serviços com as unidades funcionais (Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Familiar (USF), entre outras)”.

Figura 1. Prestadores de Cuidados de Saúde em Portugal



Fonte: Deloitte (2011).

No âmbito das ACES, “destaca-se a criação das USF, unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multi-profissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo. Este modelo de prestação de cuidados permite manter uma relação de maior proximidade com os cidadãos, através do contacto constante e personalizado. Operando com base na partilha de informação e complementaridade entre profissionais de saúde, é possível com este modelo obter uma maior cobertura de cidadãos com médico de família do que com o modelo tradicional. O número de USF tem aumentado nos últimos anos, sendo o objectivo cobrir todo o território nacional com USF até 2013” (Deloitte: 2011: 31).

Como anteriormente se comentou, a saúde em Portugal é baseada no modelo beveridgeano desde a década de setenta do século passado, tendo passado por várias alterações ao longo dos anos.

1.4.2. Sistema de Saúde Português até 1974

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS: 2011), até 1974 existiam, em simultâneo, varias organizações no setor da saúde com caraterísticas distintas, especificamente:

- As *Misericórdias*, instituições centenárias de solidariedade social, que dirigiam grande parte das unidades hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País;

- Os *Serviços Médico-Sociais*, que dispensavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência (serviços médicos próprios - ambulatórios);
- Os *Serviços de Saúde Pública*, que estavam orientados, principalmente, para a proteção da saúde (vacinação, proteção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências);
- Os *Hospitais estatais, gerais e especializados*, encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos;
- Os *Serviços privados*, que eram direcionados aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Até 1971 o Estado não assegurava os serviços de saúde da população, esses serviços eram baseados em vários subsistemas autónomos e sem coordenação. Em 1971 e com a intervenção do Estado nas políticas de saúde, as instituições privadas deixaram de ser os principais prestadores de cuidados de saúde. O compromisso no sentido de uma maior oferta pública de cuidados de saúde e de universalidade na cobertura de cuidados foi consagrado em legislação aprovada em 1971 (CSDSNS, 2007).

Em 1971, com a reforma do sistema de saúde e assistência conhecida como “reforma de Gonçalves Ferreira”, surge o primeiro esboço de um SNS. No Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro (MSA, 1971), que promulgou a organização do Ministério da Saúde e Assistência (MSA), são explicitados princípios, como sejam o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. Adicionalmente, surgem os “centros de saúde de primeira geração” e são excluídos da reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência.

Em 1973, surge o Ministério da Saúde (MS), autonomizado face à Assistência, através do Decreto-Lei nº 584/73, de 6 de Novembro (MU, 1973). No entanto, em 1974, é transformado em Secretaria de Estado (da Saúde) e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais, pelo Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de Maio (JSN, 1974).

1.4.3. Sistema de Saúde Português de 1975 a 1995

Após a revolução de 25 de Abril de 1974 e até final da década de setenta, a política de saúde em Portugal sofreu um processo de reestruturação dos serviços de saúde, o qual se pode chamar de “*fase otimista e de consolidação normativa do SNS*” (Campos e Simões, 2011). Desde esta data o Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos.

Em 2 de Abril de 1976, é aprovada a Constituição da República Portuguesa (AC, 1976), ditando o seu artigo 64º que, todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a

defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um SNS universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país. No mesmo ano, através do Decreto-Lei nº 580/76, de 21 de Julho (MAS, 1976), estabelece-se a obrigatoriedade de prestação de um ano de serviço na periferia para os recém-licenciados em medicina que quisessem ingressar na carreira médica. Adicionalmente, em 1976, o “despacho Arnault” abriu acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde Segurança Social) a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva (Amendoeira, 2009).

Em 15 de Setembro de 1979, através da Lei nº 56/79 (AR, 1979b), foi criado o SNS, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado no sentido de assegurar o direito dos cidadãos à proteção da saúde; a garantia de usufruto gratuito aos cuidados de saúde através do SNS; o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e contexto social; cuidados de saúde integrados incluindo promoção de saúde; vigilância e prevenção; e um sistema de cobertura financiado, sob a forma do SNS.

Posteriormente, em 1982, surge o Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de Junho (MAS, 1982a), que cria as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), que aparecem após as fracassadas administrações distritais dos serviços de saúde, criadas pelo Decreto-Lei nº 488/75, de 4 de Setembro (MAS, 1975). Por seu lado, o Decreto-Lei nº 357/82, de 6 de Setembro (MAS, 1982b), concede ao SNS autonomia administrativa e financeira, considerando que a gestão dos recursos financeiros afetos ao setor da saúde exige coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação.

Em 1983, com o Decreto-Lei nº 344-A/83, de 25 de Julho (PCM, 1983), dá-se a aprovação da Lei Orgânica do IX Governo Constitucional, que cria o Ministério da Saúde. A autonomia é prescrita pela influência do setor, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que incorpora e pelo prestígio que os cidadãos lhe reconhecem. Por seu lado, o Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril (MAS, 1983), aprova o Regulamento dos Centros de Saúde, sucedendo aos “centros de saúde de segunda geração”. Os novos centros de saúde despertam como unidades integradas de saúde, tendo em conta os componentes informadores da regionalização e as carreiras dos profissionais de saúde.

Em 1984 foi criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, através do Decreto-Lei nº 74-C/84, de 2 de Março (PCMeMFPS, 1984), que elimina definitivamente os serviços médico-sociais da Previdência e assinala o desenvolvimento do SNS. Este organismo, torna-se o órgão central com funções de encaminhamento técnico-normativo, de direção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que interferem na

área dos cuidados de saúde primários. Além disso, o clínico geral adquire o estatuto de médico de família.

De acordo com Campos e Simões (2011), na década de oitenta em Portugal, discutia-se sobre se a reforma do sistema de saúde devia resguardar um papel mais ativo ao setor privado, imputando uma maior responsabilidade pessoal pelo financiamento e um impulso empresarial do SNS. Assim, em 1986, surge o Decreto-Lei nº 57/86, de 20 de Março (MS, 1986), que estabelecia o regulamento das condições de exercício do direito de acesso ao SNS, visando determinar uma correta e racional repartição dos encargos do SNS, quer pelos chamados subsistemas de saúde, quer ainda por todas as entidades, de qualquer natureza, que, por força da lei ou de contrato, sejam responsáveis pelo pagamento da assistência a determinados cidadãos. De salientar, ainda, que os preços a cobrar deverão ser comparados, tanto quanto possível, dos custos reais. Prevê ainda taxas destinadas a restringir a procura de cuidados de saúde, impedindo assim a sua utilização para além do considerável.

Mais tarde, o Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de Janeiro (MS, 1988), veio aprovar a lei de gestão hospitalar, manifestando as inquietações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Sendo a qualidade o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços traduziu-se num valor de peso na administração. Deste modo, introduziram-se princípios de natureza empresarial, incorporando a atividade hospitalar na economia do país.

Contudo, neste período, as principais alterações foram normativas, traduzidas em quatro estratégias, constantes da Lei de Bases da Saúde de 1990 (AR, 1990b) e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro (MS, 1993a), em concreto:

- a regionalização da administração dos serviços, com maior autonomia e poderes para coordenar a atividade dos hospitais;
- a privatização de setores de prestação de cuidados, devendo o estado promover o desenvolvimento do setor privado e permitir a gestão privada de unidades públicas e a articulação do SNS com unidades privadas;
- a privatização dos setores do financiamento dos cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde;
- a articulação de cuidados, com a criação de unidades de saúde, que agrupariam, numa região, hospitais e centros de Saúde.

Ainda, em 1993, foi aprovado o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde, através do Decreto-Lei nº 335/93, de 19 de Setembro (MS, 1993b), com vista a que a gestão dos recursos se faça o mais próximo possível dos seus destinatários, devido às crescentes exigências das populações em termos de qualidade e prontidão de resposta.

1.4.4. Sistema de Saúde Português de 1996 a 2005

Em 1997, o Ministério da Saúde apresenta um documento intitulado «Saúde: um compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)», revisto posteriormente em 1999 (MS, 1999a), o qual expõe um conjunto de princípios e objetivos para “uma nova política”, para auxiliar a componente pública do próprio sistema, salientando-se três aspetos:

- *“a contratualização, como uma nova relação entre os contribuintes, os agentes financiadores de serviços e os prestadores de cuidados;*
- *uma nova administração pública da saúde, com a reforma da gestão dos centros de saúde e de hospitais;*
- *a remuneração dos profissionais associada ao desempenho”* (Campos e Simões, 2011: 137).

A administração governativa pretendia “*substituir o tradicional modelo público integrado por um modelo contratual, combinando o financiamento essencialmente público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores que se encontrem funcionalmente separados*” (MS, 1999a)

Segundo o Decreto-Lei nº 97/98, de 18 de Abril, veio estabelecer o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde, ou seja, “*estabelece um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o carácter concorrencial do sector privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou de algumas actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde*” (MS, 1998a: 1709). No mesmo ano, surge o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral, através do Decreto-Lei nº 117/98, de 5 de Maio (MS, 1998b). Com este decreto pretende-se fortalecer e difundir as reformas da organização da prestação dos cuidados, dando uma recompensa ajustada e apropriada aos diferentes níveis do desempenho dos profissionais de saúde.

No ano seguinte, em 1999, surge o Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de Maio (MS, 1999b), que estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), isto é, um conjunto de meios articulados na base da complementaridade e constituídos segundo capacidades geográfica-populacionais, que pretendem tornar fácil a participação social e que, em conjunto com os centros de saúde e hospitais, reclamem fomentar a saúde e a racionalização auferindo dos recursos. Estes SLS são constituídos pelos hospitais, centros de saúde e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde. Assim, em 1999, são estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder-dever de intervenção do Estado na

defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde, em conformidade com o Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho (MS, 1999c), ditando que a implantação se opera a dois níveis: o regional e o local.

Nesse mesmo ano, surge o Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de Setembro (MS, 1999d), que estabelece o regime geral a que deve obedecer a criação dos centros de responsabilidade integrados (CRI) nos hospitais do SNS. Os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogêneos e ou afins. Tem como objetivo aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição.

A Lei de Bases da Saúde sofre profundas alterações em 2002, sendo aprovado o novo regime de gestão hospitalar, pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro (AR, 2002), ou seja, recolhe-se e decide-se um novo modelo de gestão hospitalar, destinado às instituições hospitalares que incorporam a rede de prestação de cuidados de saúde e concede-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

Um ano mais tarde, o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril (MS, 2003a), cria a rede de cuidados de saúde primários. Para além de continuar a afiançar a sua missão específica tradicional de tomar providências em relação aos cuidados de saúde que engloba os cidadãos, a rede deve compor-se e assumir-se, em união permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro essencial na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede encarrega-se, igualmente, como um recurso determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos.

Através do Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de Agosto (MS, 2003b), são introduzidas as taxas moderadoras, com o objetivo de modificar, racionalizar e controlar o acesso à prestação de cuidados de saúde, tornando mais robusto o princípio de justiça social no SNS. É ainda nesse ano que nasce a Entidade Reguladora da Saúde, por via do Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro (MS, 2003c). Exprime-se, deste modo, o afastamento da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

1.4.5. Sistema de Saúde Português após 2005

O Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho (MS, 2006), cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que pretende dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e ao crescente número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Também, em 2007 surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. O Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto (MS, 2007), determina o regime jurídico da organização e do funcionamento destas

unidades e o regime de incentivos a imputar aos seus elementos, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde, no decurso da aposta na acessibilidade, na continuidade e na totalidade dos cuidados prestados.

Em 2008, presencia-se mais um passo considerável na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro (MS, 2008), que tinham por objetivo dar solidez à organização da prestação de cuidados de saúde primários, autorizando uma gestão precisa e ponderada e o progresso no acesso aos cuidados de saúde.

No ano seguinte, com o Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de Abril (MS, 2009), surge uma reestruturação na organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde.

Em 2010 são criados os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), cujos estatutos são aprovados através do Decreto-Lei nº 19/2010, de 22 de Março. Nele se afirma que, *“o SNS tem como finalidade «a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva». A forte componente pública do sistema de saúde determina a necessidade de uma gestão eficiente, por via da optimização dos meios existentes, criando-se mais valor com os recursos de que se dispõe. Estão em curso reformas estratégicas neste sector, designadamente ao nível da reorganização hospitalar, da consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários e do desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados integrados. Estas reformas implicam a manutenção de um serviço nacional de saúde sustentável e bem gerido, evitando redundâncias em actividades de suporte e a multiplicação de custos”* (MS, 2010a: 900).

Por seu lado, o Decreto-Lei nº 48-A/2010, de 13 de Maio (MS, 2010b: 1654-(2)), que aprovou o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, veio cumprir, essencialmente, três objetivos:

- “i) Melhorar o acesso ao medicamento a quem dele necessita, em especial às pessoas com menos recursos económicos;*
- ii) Tornar o sistema de comparticipações do Estado mais racional e eficiente, de modo a podermos garantir estes benefícios para o cidadão, no presente e para o futuro; e*
- iii) Promover a generalização da utilização do medicamento genérico, dada a sua comprovada qualidade e óbvio benefício para o cidadão”.*

O mesmo diploma introduziu outras alterações, nomeadamente a fixação das margens de comercialização aos níveis existentes em 2005, sem que tal implique quaisquer modificações nos preços de venda ao público aprovados ou impacto nos encargos para o SNS; alcança-se ainda a

sistematização da legislação que regula o regime das comparticipações do Estado relativamente ao preço dos medicamentos que, até agora, se encontra dispersa por vários diplomas (MS, 2010b). O principal objetivo é beneficiar quem enfrenta maiores dificuldades no acesso a medicamentos, sendo que estas medidas vão acrescer na racionalização dos gastos com medicamentos nas instituições do MS.

No ano seguinte, o Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro, veio regular *“o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica”* (MS, 2011: 5108).

Mais recentemente, o Decreto-Lei anterior, teve a 1ª alteração através do Decreto-Lei nº 128/2012, de 21 de Junho, considerando que: *“no que diz respeito à situação de desemprego involuntário, é pertinente dispor a isenção quando a situação não se encontra reconhecida em tempo por via dos critérios de verificação da condição de insuficiência económica estabelecidos, os quais determinam que os rendimentos são aferidos a 30 de Setembro de cada ano. (...) no que se refere ao transporte de doentes, no sentido de contemplar o pagamento pelo SNS do transporte de doentes na prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada, embora com comparticipação do utente no seu pagamento.”* (MS, 2012: 3079).

1.5. Considerações Finais

Ao longo das últimas décadas têm sido significativas as alterações ao nível do papel do Estado e, consequentemente, da Administração Pública, em Portugal. De facto, o contexto histórico, económico, político e social em que o Estado desenvolve as suas atividades e exerce a sua missão impõe mudanças estruturais no âmbito de atuação da Administração Pública, nomeadamente ao nível financeiro. A ineficiência e ineficácia verificadas na Administração Pública, e a progressiva substituição das funções clássicas do Estado, promoveram alterações significativas no modelo tradicional de Administração Pública, nomeadamente com a eliminação de muitas das ferramentas e dos órgãos administrativos que até então tinham sido criados e que sustentavam o modelo tradicional (Rego, 2008).

No âmbito das várias estratégias de reforma adotadas para mudar a estrutura e o funcionamento da Administração Pública, surge um novo modelo de gestão pública, em busca de um setor público com maior transparência e responsabilidade: o *New Public Management* (NPM). Este modelo defende uma alteração das práticas de gestão, utilizando os mecanismos de mercado, a adoção de práticas e ferramentas até então caracterizadoras dos agentes privados, a introdução da competição entre serviços públicos, o objetivo de melhorar o serviço público

prestado aos cidadãos, bem como aumentar a eficiência, flexibilidade e capacidade de adoção da gestão pública.

Contudo, independentemente dos modelos seguidos defende-se o princípio de que o acesso aos cuidados de saúde não pode depender da capacidade de pagar do cidadão, pelo que a sua contribuição depende do rendimento, enquanto a utilização depende unicamente da necessidade. De facto, em muitos países da União Europeia, o Estado não só financia os cuidados de saúde, como assegura a prestação de serviços, nomeadamente através de hospitais e centros de saúde. O financiamento dos cuidados de saúde, entendido como a organização das fontes de captação de fundos junto da sociedade para fazer face às despesas com cuidados de saúde, terá se ser realizado de forma equitativa, tendo por base o rendimento, a utilização do sistema de saúde e o estado de saúde do cidadão.

No entanto, a crise económica e financeira iniciada em 2008 veio colocar sobre os sistemas de saúde uma pressão significativa no sentido da redução da despesa pública, ao mesmo tempo que os governos procuravam dar resposta às necessidades das populações mais vulneráveis, em especial os desempregados, a população envelhecida e a população com escassos rendimentos (Campos e Simões, 2011). Neste sentido, o sistema de saúde português caracterizou-se por caminhar, ao longo das últimas três décadas, num percurso sem significativas descontinuidades ideológicas, apesar da existência de naturais oscilações políticas e de governos de diferentes partidos. Assim, a reforma do SNS, quer em Portugal, quer ao nível dos países da União Europeia, baseou-se na melhoria da eficiência da gestão e contenção de custos.

Uma vez enquadrado o setor público, em geral, e o setor da saúde, em particular, tendo por base uma fundamentação teórica consistente com a legislação aplicável, assim como em obras e artigos científicos, nestas áreas, efetua-se no capítulo seguinte uma revisão da literatura sobre a contabilidade pública, tomando por referência os seus planos de contabilidade setoriais e, especialmente, o POCMS.

Capítulo 2. Revisão da Literatura sobre Contabilidade Pública

2.1. Enquadramento

Até à publicação do Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP), a contabilidade pública correspondia em termos jurídicos ao *“conjunto de regras aplicáveis à aprovação, execução e controlo dos orçamentos públicos, determinando as responsabilidades dos agentes públicos”* (Caiado e Pinto, 2002: 31). Sob o ponto de vista técnico, a contabilidade pública é constituída por um conjunto de regras orientadas para a preparação e apresentação das contas públicas, respeitando o registo das operações relativamente às receitas e despesas públicas e prestação de contas dessas operações.

A contabilidade pública tem como principal elemento de concretização o “princípio da responsabilidade orçamental”, segundo o qual o Governo e a Administração Pública respondem perante os cidadãos aquando da execução do orçamento (Caiado e Pinto, 2002). Assim, intrínseca a qualquer sistema de contabilidade pública está a disponibilidade de informação contabilística, de forma a permitir, por um lado, a análise das despesas públicas segundo critérios de legalidade, economia, eficiência e eficácia e, por outro, o reforço da clareza e transparência da gestão dos dinheiros públicos e das relações financeiras do Estado (MF, 1997).

Com o novo regime de administração financeira do Estado, aprovado pela Lei nº 8/90, de 20 de Fevereiro (AR, 1990a), e legislação complementar, pressupõe-se a uniformização dos requisitos contabilísticos, nomeadamente no domínio da contabilidade de compromissos e de uma contabilidade de caixa mais adequada a uma correta administração dos recursos financeiros. Também as exigências em termos de informação contabilística impostas pelo desenvolvimento das novas técnicas de gestão - *New Public Management*, *“acompanhadas por uma evolução paralela da contabilidade pública, levaram a que nalguns organismos da Administração Pública se tenha dado prevalência à contabilidade patrimonial e analítica, descurando a contabilidade pública e, consequentemente, a informação contabilística indispensável ao controlo da regularidade financeira e da execução do Orçamento”* (MF, 1997: 4595).

Nestes termos, o POCP, aprovado pelo Decreto-Lei nº 232/97, de 2 de Setembro (MF, 1997) teve como principal objetivo a criação de condições para a integração dos diferentes aspetos — contabilidade orçamental, patrimonial e analítica — numa contabilidade pública moderna, constituindo-se um instrumento fundamental de apoio à gestão das entidades públicas e à sua avaliação. Enquanto a contabilidade orçamental tem aptidões legislativas e executivas no orçamento, a contabilidade patrimonial ou financeira inclui a aplicação de fundos e as mudanças no património, estando associada a atos de classificação económica (Caiado e Pinto, 2002).

Adicionalmente, as práticas contabilísticas em Portugal nos vários organismos do setor público, para além de respeitarem os diferentes tipos de contabilidades, também apresentam uma prestação de contas diversificada, em função do subsector a que correspondem (Caiado e Pinto, 2002). Por conseguinte, no presente capítulo aborda-se a reforma da contabilidade pública em Portugal (ponto 2.2), como razão da implementação do POCP e respetivos planos setoriais, os quais determinaram as novas bases contabilísticas para os organismos públicos (ponto 2.3). De forma individualizada, analisa-se, no ponto 2.4, o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), por ser esse o normativo legal ao qual a entidade do caso de estudo se subordina.

2.2. Reforma da Contabilidade Pública

Segundo Cardoso (2009: 18), *“o novo regime de Contabilidade Pública vai de encontro ao legislado na Constituição da República Portuguesa (CRP) que pretende que os serviços trabalhem numa base de descentralização. A ideia é procurar dar maiores poderes aos serviços para resolver os seus problemas, assegurando a unidade de tesouraria”*.

Com a Lei nº 8/90, de 20 de Fevereiro (AR, 1990), que aprovou a Lei de Bases da Contabilidade Pública, deu-se início à Reforma da Administração Financeira do Estado (RAFE), tendo-se estabelecido as bases contabilísticas e os regimes aplicáveis. Como refere Araújo (2005), este diploma veio criar dois regimes financeiros distintos:

- o de *Autonomia Administrativa*, como regime geral, com a padronização como método de registo contabilístico, ou seja, uma contabilidade de caixa que efetua os registos de entradas e saídas de dinheiro;
- o de *Autonomia Administrativa e Financeira*, como regime excecional, sujeito ao método de registo cumulativo, ou seja, baseado numa contabilidade de compromissos onde se registam os encargos ou as obrigações assumidas.

Precisamente um ano depois, a Lei nº 6/91, de 20 de Fevereiro (AR, 1991), fixa uma nova lei de Enquadramento do Orçamento do Estado¹, que basicamente reforça a execução orçamental e calcula uma nova Conta Geral do Estado, em simultâneo com o Orçamento do Estado, para tornar possível um melhor desempenho e confrontar os valores previstos e executados.

Assim, o *Regime de Administração Financeira do Estado* foi aprovado pelo Decreto-Lei nº 155/92, de 28 de Julho (MF, 1992), em conformidade com o previsto na Lei nº 8/90, de 20 de Fevereiro (AR, 1990). O artigo 3º do referido diploma define o regime de autonomia financeira,

¹ Revogada pela Lei nº 91/2001, de 20 de Agosto (AR, 2001), que estabelece um novo Enquadramento do Orçamento.

como: “os serviços e organismos dispõem de créditos inscritos no Orçamento do Estado e os seus dirigentes são competentes para, com carácter definitivo e executório, praticarem actos necessários à autorização de despesas e seu pagamento, no âmbito da gestão corrente” (MF, 1992: 3502). Para no seu artigo 45º estipular que, os serviços e os organismos autónomos devem utilizar um sistema de contabilidade que se enquadre no Plano Oficial de Contabilidade (POC), do setor privado, a fim de levar a cabo uma rigorosa verificação da correspondência entre os valores patrimoniais e contabilísticos.

Em termos de prestação de contas, há que atender aos organismos de fiscalização interna, designadamente a Direção Geral do Orçamento, como primeiro destinatário da informação a divulgar pelos diversos organismos, não esquecendo, contudo, o Tribunal de Contas que se posicionava, e ainda se posiciona, como o principal destinatário externo da informação financeira preparada pelos organismos públicos (Jesus, 2008). Relativamente à Direção Geral do Orçamento, o Decreto-Lei nº 155/92, de 28 de Julho (MF, 1992), estabelece, no seu artigo 50º, um conjunto de documentos de prestação de contas que os organismos com autonomia administrativa e financeira devem elaborar anualmente, nomeadamente: relatório de atividades do órgão de gestão; conta dos fluxos de tesouraria; balanço analítico; demonstração de resultados líquidos; anexo ao balanço e à demonstração de resultados; e parecer do órgão fiscalizador.

Em relação ao TC, foi aprovada, em 1997, a Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas - Lei nº 98/97, de 26 de Agosto (AR, 1997), que veio determinar e alargar critérios de fiscalização e âmbito de atuação, perante as novas disposições originadas pela Reforma. Como se pode verificar na **Tabela 3**, o Tribunal de Contas apresenta as resoluções que definem os documentos de prestação de contas e respetivo conteúdo, que os organismos da Administração Pública, definidos no RAFE, lhe devem submeter.

Tabela 3. Âmbito e Conteúdo das Resoluções do Tribunal de Contas

<i>Resoluções</i>	<i>Âmbito</i>	<i>Conteúdo</i>
Resolução nº 1/93, de 21 de Janeiro	Organismos com autonomia administrativa e financeira, que gozem de serviços com contabilidade patrimonial	Enumera os documentos a remeter ao TC e determina diversos requisitos de ordem contabilística, nomeadamente requisitos que são obrigados a ser examinados na elaboração de determinados documentos.
Resolução nº 2/97, de 3 de Março	Organismos com autonomia administrativa	Determina o conteúdo da Conta de Gerência e os requisitos a observar na elaboração do respetivo Mapa, enumera os documentos a remeter ao TC e indica os requisitos a observar na apresentação dos documentos de prestação de contas; Inclui também, informação que completa a organização da documentação.

Fonte: Adaptado de Jesus (2008).

Perante estes dois diplomas (**Tabela 3**), pode averiguar-se que o TC carece da entrega de muita documentação por parte dos organismos integrados em cada um dos regimes, tendo em conta os modelos contabilísticos determinados pelo RAFE (contabilidade de caixa/compromissos *versus* contabilidade de acréscimo) sempre com a inquietação de não existir perda de informação relativamente ao que estava previsto anteriormente à Reforma.

Neste contexto, foi publicado o POCP, através do Decreto-Lei nº 232/97, de 3 de Setembro (MF, 1997), que conduziu a uma maior normalização contabilística, “fiscalizada” pela Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública (CNCAP), obrigando ao sistema digráfico e disponibilizando informações relevantes para a implementação de uma gestão moderna, com controlo eficaz. O POCP tem como principal objetivo “*criar condições para a integração de uma contabilidade orçamental, patrimonial e analítica numa contabilidade moderna, dado que a contabilidade pública clássica tinha apenas como principal objectivo o controlo orçamental e a legalidade das despesas e receitas públicas*” (Gonçalves, 2007: 21).

Assim, foram instalados novos sistemas contabilísticos nos vários organismos públicos, que, para além, de permitirem o controlo orçamental (Contabilidade Orçamental), também proporcionam informação acerca da ocorrência financeira e patrimonial (Contabilidade Financeira ou Patrimonial) e o cálculo e análise dos custos e proveitos dos produtos, serviços e atividades (Contabilidade Analítica).

2.3. Planos de Contabilidade Pública

2.3.1. Considerações Gerais

Como se referiu anteriormente, o POCP, aprovado pelo Decreto-Lei nº 232/97, de 3 de Setembro (MF, 1997), vem no seguimento de um conjunto de consideráveis mudanças legislativas a nível da Administração Financeira do Estado, nomeadamente a Lei de Bases da Reforma da Contabilidade Pública, a Reforma do Tesouro e a Reforma do Tribunal de Contas. Este normativo vem no seguimento do novo regime de administração financeira do Estado, publicado pela Lei nº 8/90, de 20 de Fevereiro (AR, 1990a), que propunha a uniformização dos requisitos contabilísticos, especialmente no conhecimento da contabilidade de compromissos e da contabilidade de caixa mais ajustada e sem erros para a administração dos recursos financeiros.

O planeamento contabilístico geral, a que corresponde o modelo do POC, suscita o planeamento setorial, de aplicação por certos grupos de empresas. As experiências deste planeamento restringiram-se à aprovação de planos destinados a alguns setores da Administração Pública, os quais ficaram desajustados perante a publicação do diploma que o aprovou (Caiado e Pinto, 2002).

Face à utilização de novas técnicas de gestão, não acompanhadas de uma evolução da contabilidade pública, fez sentir, em determinados serviços públicos, a necessidade da utilização de uma contabilidade patrimonial e analítica aproximada à usada nas empresas privadas estipuladas pelo POC, pelo que se assistiu à criação de vários planos setoriais de contas para os principais subsectores de serviços públicos² (Nogueira, 2005).

Assim, antes da aprovação do POCP, existiu a aprovação dos seguintes planos setoriais:

- *Plano de Contas das Instituições de Segurança Social* (PCISS), aprovado pelo Decreto-Lei nº 24/88, de 29 de Janeiro (MESS, 1988), para as Instituições de Segurança Social.
- *Plano de Contas das Instituições Particulares de Solidariedade Social* (PCIPSS), aprovado pelo Decreto-Lei nº 78/89, de 3 de Março (MESS, 1989), para as Instituições Particulares de Solidariedade Social.
- *Plano Oficial de Contas dos Serviços de Saúde* (POCSS), aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República nº 231, de 18/10/91, e revisto em 1995 por Despacho de aprovação do Secretário de Estado da Saúde de 2/10/95, para os Serviços de Saúde. Este diploma foi revogado com a aprovação do POCP.
- *Plano de Contas para os Serviços Municipalizados e Federações de Municípios* (PCSMFM), aprovado pelo Decreto-Lei nº 226/93, de 22 de Junho (MF, 1993), para os Serviços Municipalizados e Federações de Municípios.
- *Plano de Contas das Associações Mutualistas* (PCAM), aprovado pelo Decreto-Lei nº 295/95, de 17 de Novembro (MESS, 1995), para as Associações Mutualistas.

Após a publicação do POCP, surgiu a publicação de distintos planos setoriais, especificamente:

- *Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais* (POCAL), aprovado pelo Decreto-Lei nº 54-A/99, de 22 de Fevereiro (MEPAP, 1999); com as alterações introduzidas pela Lei nº 162/99, de 14 de Setembro (AR, 1999) e o Decreto-Lei nº 315/2000, de 2 de Setembro (MAOT, 2000);
- *Plano Oficial de Contabilidade para o Setor da Educação* (POC-E), aprovado através da Portaria nº 794/2000, de 20 de Setembro (MFE, 2000);
- *Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde* (POCMS), aprovado através da Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro (MFS, 2000);
- *Plano Oficial de Contabilidade das Instituições do Sistema de Solidariedade e de Segurança Social* (POCISSSS), aprovado através do Decreto-Lei nº 12/2002, de 25 de Janeiro (MF, 2002).

² Salienta-se o facto de já existirem, antes do novo modelo de administração financeira do Estado, planos de contas aprovados, designadamente o Plano Oficial de Contas para as Instituições de Segurança Social (POCISS) publicado pelo Decreto-Lei nº 24/88, de 29 de Janeiro (MESS, 1988), e o Plano Oficial de Contas para as Instituições Públicas de Solidariedade Social (POCIPSS) publicado pelo Decreto-lei nº 78/89, de 3 de Março (MESS, 1989).

A **Tabela 4** sistematiza os planos de contas e de contabilidade setoriais existentes em Portugal, bem como a legislação que está afeta a cada um deles e respetivas datas de publicação.

Tabela 4. Planos de Contas e de Contabilidade Setoriais

	<i>Plano de Contas e de Contabilidade</i>	<i>Enquadramento Legal</i>
Antes do POCP	PCISS - Plano de Contas das Instituições de Segurança Social	Decreto-Lei nº 24/88, de 29 de Janeiro
	PCIPSS - Plano de Contas das Instituições de Solidariedade Social	Decreto-Lei nº 78/89, de 3 de Março
	POCSS - Plano de Contas dos Serviços de Saúde	Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 18/10/91 (Revisto em 02/10/95)
	PCSMFM - Plano de Contas para os Serviços Municipalizados e Federações de Municípios	Decreto-Lei nº 226/93, de 22 de Junho
	PCAM - Plano de Contas das Associações Mutualistas	Decreto-Lei nº 295/95, de 17 de Novembro
POCP - Plano Oficial de Contabilidade Pública		Decreto-Lei nº 232/97, de 3 de Setembro
Depois do POCP	POCAL - Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais	Decreto-Lei nº 54-A/99, de 22 de Fevereiro (alterado da Lei nº 162/99 e o Decreto-Lei nº 15/2000)
	POC-Educação - Plano Oficial de Contabilidade para o setor da Educação	Portaria nº 794/2000, de 20 de Setembro
	POCMS - Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde	Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro
	POCISSSS - Plano Oficial de Contabilidade das Instituições do Sistema de Solidariedade e de Segurança Social	Decreto-Lei nº 12/2002, de 25 de Janeiro

Fonte: Elaboração própria.

Face ao exposto, o POCP constitui, naturalmente, a base ou padrão a adotar no delineamento dos planos de contabilidade setoriais. Em consequência, estes devem adotar para a mesma operação ou facto da gestão “o modelo do POCP e sempre que uma situação não esteja prevista no plano geral, então deverá ser constituída uma alternativa que vá de encontro à solução, mas que não desvirtue o modelo geral” (Caiado e Pinto, 2002).

2.3.2. Plano Oficial de Contabilidade Pública

Como foi dito anteriormente, o Decreto-Lei nº 232/97, de 3 de Setembro (MF, 1997), que aprovou o POCP, constitui um passo importante na reforma da administração financeira e das contas públicas em Portugal. Em conformidade com o nº 1 do artigo 2º do mesmo Decreto-Lei, o POCP “é obrigatoriamente aplicável a todos os serviços e organismos da administração central,

regional e local que não tenham natureza, forma e designação de empresa pública, bem como à segurança social, sem prejuízo do disposto no artigo 6º do presente diploma.” De acordo com o nº 2 do mesmo artigo, o POCP “é também aplicável às organizações de direito privado sem fins lucrativos que disponham de receitas maioritariamente provenientes do Orçamento de Estado” (MF, 1997: 4595). Adicionalmente, no âmbito do mesmo diploma, é criada uma Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública (CNCAP), competindo: à comissão executiva, coordenar a aplicação e melhoramento do POCP; ao conselho de normalização contabilística, organizar a aplicação setorial do POCP e as competências específicas (MF, 1997).

O principal objetivo do POCP é *“a criação de condições para a integração dos diferentes aspectos – contabilidade orçamental, patrimonial e analítica – numa contabilidade pública moderna que constitua um instrumento de apoio aos gestores e permita:*

- a) O controlo financeiro pelas diferentes entidades envolvidas e a disponibilização de informação aos diferentes agentes interessados por forma a reforçar a transparência na Administração Pública, concretamente efectuando o acompanhamento da execução orçamental numa perspectiva de caixa e de compromissos (nomeadamente com efeitos em anos subsequentes);*
- b) A obtenção expedita dos elementos indispensáveis do ponto de vista do cálculo das grandezas relevantes na óptica da contabilidade nacional. Estas são particularmente importantes numa altura em que o País se encontra comprometido à obtenção de determinados objectivos em termos de rigor orçamental que terão de ser necessariamente aferidos em função da informação produzida na óptica das contas nacionais;*
- c) A disponibilização de informação sobre a situação patrimonial de cada entidade” (MP, 1997: 4596).*

Por outro lado, num quadro geral, ao complementar a contabilidade orçamental com a contabilidade patrimonial (ou financeira) e analítica, a utilização do POCP pretende também realizar, numa base regular, análises da eficiência e eficácia das despesas públicas, permitindo passar dos resultados das atividades e da realização dos projetos para os objetivos e fazendo a correspondência entre os meios utilizados e os objetivos realizados” (MP, 1997). De facto, à semelhança de Silva (1994: 19-20), considera-se que *“o sistema de contabilidade pública tem hoje em dia necessidade de ser pensado como um instrumento indispensável ao planeamento económico (política fiscal, despesas públicas, défice orçamental e suas formas de financiamento, ao management público (ajuda aos Directores Gerais na implementação e controlo orçamental ...), como medida de avaliação do desempenho (fixação de futuros padrões standards) e a auditoria (interna e externa), a fim de ser possível a determinação das responsabilidades”.*

Quanto à estrutura do POCP, um dos objetivos indispensáveis consistiu em afiançar uma fácil combinação das experiências já existentes de projeção contabilística a nível da Administração Pública Portuguesa, introduzindo um quadro de contas que autoriza um modelo

articulado à execução da contabilidade orçamental e da contabilidade patrimonial, afirmando a estabilidade do quadro de contas consagrado no POC e a disponibilidade de informação orçamental e patrimonial numa base comparativa com a disponibilizada pelo setor empresarial (MP, 1997).

Neste âmbito, o POCP tem por objeto, conforme o previsto no Decreto-Lei nº 232/97, de 3 de Setembro (MF, 1997):

- as considerações técnicas;
- os princípios contabilísticos;
- os critérios de valorimetria;
- os documentos de prestação de contas financeiros e orçamentais;
- os anexos às demonstrações financeiras;
- o quadro e código de contas; e
- as notas explicativas.

Na continuidade do anterior, relativamente à situação orçamental e patrimonial os principais mapas do POCP correspondem a (MF, 1997):

- Balanço;
- Demonstração de resultados;
- Anexos às demonstrações financeiras; e
- Mapas de execução orçamental (Controlo orçamental – despesa; Controlo orçamental – receita; e Fluxos de caixa).

A sua elaboração, tendo em vista obter uma imagem verdadeira e apropriada da situação financeira, dos resultados e da execução orçamental da entidade, obedece aos seguintes oito princípios contabilísticos: princípio da entidade contabilística; princípio da continuidade; princípio da consistência; princípio da especialização (ou do acréscimo); princípio do custo histórico; princípio da prudência; princípio da materialidade; e princípio da não compensação (MF, 1999). Quanto a princípios orçamentais, o POCP não os explicita diretamente, pese embora os mesmos se encontram inerentes à realização da contabilidade nessa vertente, como posteriormente se verificará ao nível de alguns planos setoriais.

2.3.3. Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais

O Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais (POCAL) foi aprovado através do Decreto-Lei nº 54-A/99, de 22 de Setembro (MEPAP, 1999), consistindo na adaptação das regras do POCP à administração local, tal como é previsto no nº 2 do artigo 6º da Lei nº42/98, de 6 de Agosto (AR, 1998), que aprovou a lei das finanças locais. No entanto, a reforma da contabilidade autárquica foi iniciada pelo Decreto-Lei nº 243/79, de 25 de Julho (MAI, 1979), que veio

uniformizar a contabilidade das autarquias locais com a dos serviços públicos, sujeitos à então lei de enquadramento do Orçamento do Estado.

Em conformidade com o preâmbulo do Decreto-Lei nº 54-A/99, de 22 de Setembro (MEPAP, 1999: 1018-(2)), o principal objetivo do POCAL vai de encontro ao principal objetivo do POCP, ou seja, a criação de condições para a integração consistente da contabilidade orçamental, patrimonial e de custos, com vista a apoiar a gestão das autarquias locais e permitir:

- “a) O controlo financeiro e a disponibilização de informação para os órgãos autárquicos, concretamente o acompanhamento da execução orçamental numa perspectiva de caixa e de compromissos;*
- b) O estabelecimento de regras e procedimentos específicos para a execução orçamental e modificação dos documentos previsionais, de modo a garantir o cumprimento integrado, a nível dos documentos previsionais, dos princípios orçamentais, bem como a compatibilidade com as regras previsionais definidas;*
- c) Atender aos princípios contabilísticos definidos no POCP, retomando os princípios orçamentais estabelecidos na lei de enquadramento do Orçamento do Estado, nomeadamente na orçamentação das despesas e receitas e na efectivação dos pagamentos e recebimentos;*
- d) Na execução orçamental, devem ser tidos sempre em consideração os princípios da mais racional utilização possível das dotações aprovadas e da melhor gestão de tesouraria;*
- e) Uma melhor uniformização de critérios de previsão, com o estabelecimento de regras para a elaboração do orçamento, em particular no que respeita à previsão das principais receitas, bem como das despesas mais relevantes das autarquias locais;*
- f) A obtenção expedita dos elementos indispensáveis ao cálculo dos agregados relevantes da contabilidade nacional;*
- g) A disponibilização de informação sobre a situação patrimonial de cada autarquia local”.*

Desta forma, e pela primeira vez, os órgãos municipais podem tomar decisões a partir de documentos previsionais e de prestação de contas regulares, organizados consoante métodos e procedimentos normais, relativamente à resolução do valor das tarifas e preços. Para tal, no âmbito de aplicação do POCAL, de acordo com o artigo 2º do Decreto-Lei em referência:

- “1 – O POCAL é obrigatoriamente aplicável a todas as autarquias locais e entidades equiparadas.*
- 2 – Para efeitos do presente diploma são consideradas entidades equiparadas a autarquias locais as áreas metropolitanas, as assembleias distritais, as associações de freguesias e de municípios de direito público, bem como as entidades que, por lei, estão sujeitas ao regime de contabilidade das autarquias locais, as quais, na economia do diploma, passam a ser designadas por autarquias locais” (MEPAP, 1999: 1018-(3)).*

Por seu lado, o artigo 3º do mesmo diploma, define como objeto do POCAL (MEPAP, 1999), para além dos elementos previstos no POCP (considerações técnicas, documentos de prestação

de contas financeiros e orçamentais, quadro e código de contas, princípios contabilísticos, critérios de valorimetria, anexos às demonstrações financeiras e notas explicativas), os seguintes:

- os critérios e métodos específicos;
- o sistema contabilístico e o sistema de controlo interno; e
- os princípios e regras orçamentais.

Face ao exposto, constata-se que o POCAL tem diretamente plasmados no seu normativo sete princípios orçamentais, que constituem um fator inovador para as autarquias locais, em concreto: independência; anualidade; unidade e universalidade; equilíbrio; especificação; não consignação; e não compensação (MEPAP, 1999).

Por outro lado, à semelhança do POCP, os documentos de prestação de contas do POCAL, para além das demonstrações financeiras, dos mapas de execução orçamental (da despesa e da receita), do mapa de fluxos de caixa e dos anexos às demonstrações financeiras, ainda, reúne, o plano plurianual de investimentos, o orçamento e o mapa de execução anual do plano plurianual de investimento. Face a este último, constata-se que há uma grande necessidade de organizar políticas de amortizações e de provisões pelos resultados incutidos na gestão do património ativo das autarquias locais (MEPAP, 1999).

Também a obrigatoriedade de um sistema de controlo interno constitui outro fator de inovação deste plano setorial, englobando, designadamente, *“o plano de organização, políticas, métodos e procedimentos de controlo, bem como todos os outros métodos e procedimentos definidos pelos responsáveis autárquicos que contribuam para assegurar o desenvolvimento das actividades de forma ordenada e eficiente, incluindo a salvaguarda dos activos, a prevenção e detecção de situações de ilegalidade, fraude e erro, a exactidão e a integridade dos registos contabilísticos e a preparação oportuna de informação financeira fiável”* (MEPAP, 1999: 1018(9)).

2.3.4. Plano Oficial de Contabilidade para o Setor da Educação

O Plano Oficial de Contabilidade para o Setor da Educação (POC-E) encontra-se regulado na Portaria nº 794/2000, de 20 de Setembro, estando nele prevista *“a especificidade, a dimensão e a diversidade do universo de organismos e serviços da área educacional, em especial as escolas, os serviços de administração desconcentrada e as instituições de ensino superior, com os seus diferentes modelos organizacionais e estatutários, justificam, por seu lado, a existência de um plano sectorial para a educação”* (MFE, 2000: 4976).

Sendo assim, pondera-se a necessidade de impedir a duplicação de enquadramento de recursos financeiros ou de elementos patrimoniais, tornando possível a clarificação real dos diferentes patrimónios públicos desta área. Quanto ao âmbito da sua aplicação, o artigo 2º da Portaria anterior refere:

- “1 - O POC-Educação é obrigatoriamente aplicável a todos os serviços e organismos do Ministério da Educação, bem como aos organismos autónomos sob sua tutela que não tenham natureza, forma e designação de empresa pública.*
- 2 - O POC-Educação é também aplicável às organizações de direito privado sem fins lucrativos cuja actividade principal seja a educação ou que dependam, directa ou indirectamente, das entidades referidas no número anterior, desde que disponham de receitas maioritariamente provenientes do Orçamento do Estado e ou dos orçamentos privativos destas entidades.”* (MFE, 2000: 4977).

Quanto aos elementos integradores do POC-E, de acordo com o artigo 3º do mesmo diploma (MFE, 2000), estes incluem, para além dos previstos no POCP, assim como no POCAL, os seguintes:

- as especificidades do tratamento contabilístico das operações orçamentais;
- as provisões;
- a contabilidade analítica;
- as normas de consolidação de contas; e
- a estrutura do relatório de gestão.

Por conseguinte, o aspeto diferenciador do POC-E, em relação aos restantes planos setoriais, traduz-se na definição de normas sobre a consolidação de contas e, nos casos exigíveis, também integra na prestação de contas o parecer do órgão fiscalizador (MFE, 2000). Com a consolidação de contas pretende instaurar-se uma política e cultura de gestão de grupo, ao mesmo tempo que se procura facilitar a comparabilidade temporal e espacial, constituindo um fator de transparência da informação pública (Marques de Almeida e Marques, 2003). Contudo, este procedimento não tem tido a implementação correspondente entre todas as escolas.

Face à possibilidade de consolidação de contas, o POC-E prevê, de forma diferenciada, os documentos relativos à prestação de contas das entidades contabilísticas e os documentos relativos à prestação de contas dos grupos públicos (MFE, 2000). Em relação aos primeiros, os mesmos são coincidentes com os do POCAL, enquanto, em relação aos segundos, objeto de certificação legal de contas, os mesmos correspondem a:

- Relatório de gestão consolidado;
- Balanço consolidado;
- Demonstração de resultados por natureza consolidados; e
- Anexos às demonstrações financeiras consolidados.

Por outro lado, da análise desagregada dos custos registados na contabilidade analítica deverá obter-se informação, por cada produto, serviço ou atividade final, sobre: os custos diretos e indiretos; os custos com pessoal docente, pessoal não docente, funcionamento, amortizações, provisões e outros não especificados; os custos totais incorridos no exercício económico, bem como o custo total acumulado de atividades, produtos ou serviços de carácter plurianual, ou cuja duração não coincida com esse exercício (MFE, 2000). Neste sentido, ao contrário do que prevêem outros planos de contabilidade pública, no POC-E a elaboração da Demonstração dos Resultados por funções é obrigatória para as entidades abrangidas por este Plano (MFE, 2000). Os elementos que a integram são fornecidos através de 27 quadros agrupados em 7 modelos, que integram o modelo geral, especificamente: A1 - Custos de atividade ou serviços internos de apoio; A2 - Custos da atividade ensino; A3 - Custos da atividade investigação; A4 - Custos da atividade de apoio aos utentes; A5 - Custos da atividade prestação de serviços; A6 - Custos de outras atividades; A7 - Custos de produção para a própria entidade. Deste modo, o POC-E reconhece uma grande importância à vertente da contabilidade analítica, para a qual contribui uma correta elaboração da contabilidade orçamental e patrimonial, como elementos fundamentais para o desenvolvimento sustentável das instituições de ensino.

Em suma, a estrutura do POC-E foi, assim, concebida tendo por base o POCP, com as adaptações que a especificidade do setor da educação exigia, bem como teve também por referência o POC (do setor privado) e o POICAL.

2.4. Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde

2.4.1. Considerações Gerais

Os serviços e organismos do SNS e do MS sofreram grandes alterações no seu sistema de informação contabilístico e financeiro, bem como no processo de auditoria realizado pelo TC. A necessidade de fiabilidade e comparabilidade entre serviços e organismos tornou imprescindível a adoção do POCMS, com vista à integração dos três subsistemas de contabilidade: orçamental; patrimonial; e analítica. À integração num único sistema contabilístico das três áreas anteriores, acrescem-se ainda como objetivos: aumentar a quantidade e qualidade da informação contabilística aos diferentes utilizadores; harmonizar os procedimentos contabilísticos de forma a facilitar a comparabilidade da informação e a consolidação das contas públicas; aproximar o sistema contabilístico público, nomeadamente a vertente económica e financeira, ao sistema contabilístico empresarial (Carvalho e Silveira, 2008).

O Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS) foi aprovado pela Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro (MFS, 2000), com entrada em vigor a 1 de Agosto do mesmo ano. A sua aplicabilidade, no âmbito do setor público, é referida no nº 1 do artigo 2º da mesma Portaria ao mencionar a *“obrigatoriamente aplicável a todos os serviços e organismos do*

Ministério da Saúde, bem como aos organismos autónomos sob sua tutela que não tenham natureza, forma e designação de empresa pública” (MFS, 2000: 5250). Porém, no âmbito do setor privado, a aplicação do POCMS está enquadrada no nº 2 do artigo 2º do mesmo diploma, ao referir que é “aplicável às organizações de direito privado sem fins lucrativos cuja actividade principal seja a saúde ou que dependam, directa ou indirectamente, das entidades referidas no número anterior, desde que disponham de receitas maioritariamente provenientes do Orçamento do Estado e ou dos orçamentos privativos destas entidades” (MFS, 2000: 5250).

Mais tarde, a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro (AR, 2002), veio redefinir o regime jurídico da gestão hospitalar e proceder à alteração de alguns preceitos da Lei de Bases da Saúde, regulando aspetos como o estatuto dos profissionais de saúde do SNS, o financiamento do SNS e a existência e regime de hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Em simultâneo, com periodicidade anual, as instituições integradas no SNS devem prestar contas ao Tribunal de Contas nos termos da Lei nº 98/97, de 26 de Agosto (AR, 1997), que sofreu inúmeras alterações até à última, aprovada pela Lei nº 3-B/2010, de 28 de Abril (AR, 2010).

O âmbito de aplicação do POCMS encontra-se previsto no artigo 2º da Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro (MFS, 2000: 5250), em concreto:

- “1 - O POCMS é obrigatoriamente aplicável a todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde, bem como aos organismos autónomos sob sua tutela que não tenham natureza, forma e designação de empresa pública.*
- 2 - O POCMS é também aplicável às organizações de direito privado sem fins lucrativos cuja actividade principal seja a saúde ou que dependam, directa ou indirectamente, das entidades referidas no número anterior, desde que disponham de receitas maioritariamente provenientes do Orçamento do Estado e ou dos orçamentos privativos destas entidades”.*

Na continuação do estudo do POCMS, realiza-se nos pontos seguintes a análise de algumas das especificidades do mesmo, como sejam: as demonstrações financeiras (ponto 2.4.2);

2.4.2. Demonstrações financeiras

Para dar cumprimento aos objetivos do POCMS, os serviços e organismos do MS, bem como aos organismos autónomos sob sua tutela que não tenham natureza, forma e designação de empresa pública, devem elaborar como documentos previsionais, que são exemplo o plano de atividades e o orçamento (MFS, 2000). Enquanto, como documentos de prestação de contas financeiras devem apresentar: balanço; demonstração de resultados; mapas de execução orçamental (receita e despesa); mapa de fluxos de caixa; mapa da situação financeira; anexos às demonstrações financeiras; relatório de gestão; parecer do órgão fiscalizador (MFS, 2000). Assim,

pode concluir-se, pela quantidade de mapas e demonstrações financeiras a preencher, que o POCMS, à semelhança do POC-E, também reconhece uma grande importância à vertente da contabilidade analítica.

O **Balanço** apresenta uma estrutura semelhante à do POCP, à exceção de algumas contas, dada a natureza e especificidade das instituições de saúde, por exemplo:

- “a) Deu-se preferência, na conta 12 – «Depósitos em instituições financeiras», à desagregação por natureza de depósito, constituindo-se, assim, as instituições financeiras como subcontas de cada tipo de depósito;*
- b) Criou-se a conta 264 – «Regularização de dívidas por ordem do Tesouro», que tem como objectivo único a contabilização dos montantes recebidos do Tesouro para as regularizações extraordinárias de dívidas a fornecedores” (MFS, 2000: 5251-5252)*

A **Demonstração de Resultados** segue também o modelo constante do POCP, apresentando os custos e proveitos por natureza do ano económico em referência, para além de que os resultados são classificados em correntes e extraordinários, desdobrando-se os primeiros em operacionais e financeiros (MFS, 2000).

Quanto aos **Mapas de Execução Orçamental**, sendo o orçamento de um serviço a expressão quantitativa do seu plano de ação, pretende-se acompanhar a execução do orçamento e, conseqüentemente, do plano de ação da instituição e da execução do OE, através de dois tipos de documentos, consoante os objetivos que prosseguem:

- 1) Documentos que fazem face às necessidades do setor da saúde, em concreto: a) O mapa de origem e aplicação de fundos; b) O orçamento económico/programa; c) Os mapas de acompanhamento e controlo; e d) As alterações aos mapas de origem e aplicação de fundos; e
- 2) Documentos que fazem face às necessidades específicas do OE, especificamente: a) Os mapas do orçamento financeiro; b) Os mapas da execução orçamental (controlo orçamental da receita, da despesa e fluxos de caixa); e c) Os mapas das alterações orçamentais.

“O último tipo de mapas pressupõe a existência da contabilidade orçamental, obrigatória, que permita a expressão e o conhecimento das diferentes fases da execução do orçamento” (MFS, 2000: 5252).

Em relação ao **Mapa dos Fluxos de Caixas**, nele devem ser discriminadas as importâncias relativas a todos os recebimentos e pagamentos ocorridos no exercício, quer se reportem à execução orçamental, quer a operações de tesouraria. Adicionalmente, deve evidenciar os correspondentes saldos (da gerência anterior e para a gerência seguinte) desagregados de acordo com a sua proveniência (execução orçamental e operações de tesouraria) (MFS, 2000).

Por seu lado, o **Mapa da Situação Financeira** é um dos quadros que caracterizam a especificidade do setor da saúde face à realidade económico-financeira envolvente, bem

diferente das dos demais setores de atividade. Os compromissos de prestação de contas ao TC e ao MF impuseram o desenvolvimento de uma contabilidade onde há que analisar e discriminar de igual modo pagamentos e recebimentos do próprio ano e dos anos anteriores e seguir de perto a vertente orçamental. Assim, este mapa espelha o orçamento aprovado, a receita e a despesa do próprio exercício, distinguindo ainda em termos de cobranças e pagamentos, o que correspondeu a movimentos do próprio exercício e de exercícios anteriores. A diferença entre a receita cobrada e a despesa processada em determinada data dá a situação financeira da instituição (MFS, 2000).

No que se refere ao **Anexo às Demonstrações Financeiras**, ele abrange um conjunto de informações destinadas a permitir uma adequada compreensão das situações expressas nas demonstrações financeiras ou ainda de outras situações que, não se refletindo nessas demonstrações sejam úteis para uma correta avaliação do seu conteúdo (MFS, 2000). Nele, também, se prevê a inclusão de elementos com vista à caracterização geral, devendo ainda contemplar informação considerada relevante, tal como preconizado no nº 8.1, «Caracterização da entidade».

- “1 - Estes anexos respeitarão os números de ordem definidos no nº 8.2, «Notas ao balanço e à demonstração dos resultados», e incluirão ainda os mapas de amortizações e provisões, Reavaliações, Avals e Garantias, Provisões Acumuladas. Estão ainda previstas as Demonstrações: do Custo das Mercadorias Vendidas e das Matérias Consumidas, dos Resultados Financeiros e a dos Resultados Extraordinários.*
- 2 - Os mapas da situação económico-financeira permitem que, de forma sintética e sistemática, se possa avaliar a situação da instituição, quer em termos económicos quer em termos financeiros, no período económico em causa.*
- 3 - Por último, o relatório de gestão, além de incluir a já referida caracterização geral da instituição, permitirá, de forma sucinta e precisa, que o órgão de gestão faça a avaliação da atividade servindo-se, para tal, dos mapas que se apresentam no nº 13 deste POCMS”* (MFS, 2000: 5252).

O **Relatório de Gestão** a apresentar pelo órgão competente da instituição deve contemplar aspetos como: caracterização geral da entidade, onde serão descritas sucintamente as atividades desenvolvidas no ano, organograma e ainda especificação dos recursos humanos ao nível do quadro de pessoal e efetivos; de acordo com o previsto no plano de atividades, deverá analisar a situação económica relativa ao exercício e ainda informação respeitante ao investimento, condições de funcionamento e análise de custos e proveitos; síntese da situação financeira com apresentação de alguns indicadores de gestão económicos e financeiros, para além dos indicadores orçamentais apropriados ao setor, entre outros (MFS, 2000).

Por último, o **Parecer do Órgão Fiscalizador**, referido na alínea h) do artigo 4º da Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro (MFS, 2000), e previsto no nº 3 do artigo 50º do Decreto-Lei nº 155/92, de 28 de Julho (MF, 1992), deverá ser acompanhado por uma certificação legal das

contas, se o referido órgão integrar um revisor oficial de contas, ou um relatório do conselho fiscal, caso exista.

2.4.3. Princípios e Regras

Para satisfazer tal pretensão, é essencial o cumprimento de princípios, contabilísticos e orçamentais, geralmente aceites e consagrados no POCMS, à semelhança do POCP e de outros planos setoriais. Com o objetivo de obter uma imagem verdadeira e apropriada da situação financeira, dos resultados e da execução orçamental da entidade, os **princípios contabilísticos** são: princípio da entidade contabilística; princípio da continuidade; princípio da consistência; princípio da especialização (ou do acréscimo); princípio do custo histórico; princípio da prudência; princípio da materialidade; e princípio da não compensação (MFS, 2000). Enquanto, na elaboração e execução do orçamento dos serviços e organismos do MS devem ser seguidos os seguintes **princípios orçamentais**: anualidade; unidade e universalidade; equilíbrio; especificação; não consignação; e não compensação (MFS, 2000).

Assim, o POCMS desenvolve-se segundo um sistema de informação contabilístico integral, composto pela contabilidade orçamental, patrimonial e analítica, tal como Correia (2002) apresenta na **Figura 2**.

Figura 2. Sistema de Informação Contabilístico Integrado

Informação	Sistema de Informação Contabilístico Integrado	Contabilidade
Orçamental		Orçamental
Analítica		Analítica
Financeira		Patrimonial

Fonte: Adaptado de Correia (2002: 278).

A **contabilidade orçamental** permite a expressão e o conhecimento das diferentes fases da execução do orçamento (MFS, 2000), que constitui um documento financeiro fundamental à instituição e é a peça chave de qualquer tipo de controlo orçamental e de planificação da instituição, tendo subjacentes objetivos e estratégias de desenvolvimento da instituição. Os orçamentos definidos no POCMS são anuais e de dois tipos:

- *financeiro*, que constitui um mapa previsional de todas as despesas (aplicação de fundos próprios) e receitas (origem de fundos próprios) resultantes da atividade esperada da instituição; e
- *económico*, o qual do lado da receita inclui apenas os recebimentos e disponibilidades iniciais e do lado da despesa inclui a despesa do exercício e os pagamentos relativos à despesa efetuada e na maioria das vezes já orçamentada em anos anteriores.

Por seu lado, a **contabilidade analítica** é uma contabilidade interna e fundamental para a gestão de qualquer instituição hospitalar e tem como finalidade estabelecer linhas orientadoras para uma uniformização dos critérios de imputação e formas de distribuição dos custos/proveitos, possibilitando diversos estudos entre as várias unidades hospitalares que integram o SNS (MS, 2007). De forma a dar cumprimento a estes objetivos, os serviços e organismos do MS desenvolvem atividades diferenciadas, que devem ser agrupadas em seções:

- *principais*, as que concorrem diretamente para a atividade principal, como por exemplo o internamento, a consulta externa, entre outras);
- *auxiliares*, as que concorrem com os seus serviços para outras seções, subdividindo-se em seções auxiliares de apoio clínico e seções auxiliares de apoio geral;
- *administrativas*, as que correspondem a atividades gerais, tais como administração, contabilidade, aprovisionamento, entre outras; e
- *não imputáveis*, sendo considerados custos e proveitos não imputáveis os que não estão associados à atividade das seções principais, auxiliares e administrativas (por exemplo, exames requisitados pelo exterior).

Já a **contabilidade patrimonial ou financeira**, ao se referir ao registo de todas as operações que alteram a composição quantitativa ou qualitativa do património da instituição, permitindo obter informação da situação económica e financeira e o seu valor patrimonial, vai servir de instrumento de apoio aos gestores, em geral, e à presente investigação, em particular, ao suportar o desenvolvimento dos pontos seguintes. Neste contexto, e desde a publicação do POCMS, o Tribunal de Contas concentra as suas preocupações no cumprimento da legalidade, economia, eficiência e eficácia da cobrança de receita e realização de despesas, bem como na implementação do sistema de controlo interno. Paralelamente, confirma o nível de aplicação e promove a consolidação de contas dos grupos públicos, entre todas as entidades que se deveriam ajustar a uma contabilidade pública moderna (David *et al.*, 2009). Em concreto, a gestão permite a tomada de decisões e a execução de ações que visam aumentar os níveis de eficiência e eficácia dos recursos humanos disponíveis, face à informação económica existente e suportada na estrutura de rendimentos e gastos das entidades.

Assim, o Plano de Contas que hoje existe consiste num sistema de informação contabilístico baseado no Plano Oficial de Contas nacional que responde às necessidades da gestão dos respetivos serviços, integrando também todos os instrumentos necessários ao controlo e avaliação da respetiva atividade por parte dos serviços centrais do Ministério da Saúde. O mesmo *“tem sido fruto de um trabalho contínuo de aperfeiçoamento, normalização e adaptação às necessidades sempre crescentes de melhoria da qualidade da informação, por forma a responder cada vez melhor ao que lhe é solicitado pelos órgãos de gestão e pelos serviços centrais, dentro da filosofia de que os serviços do SNS têm de ser geridos como empresas e, como tal, devem ter um sistema contabilístico semelhante”* (MFS, 2000: 5251).

O POCMS, a exemplo do POCP, segue a classificação decimal. As contas que integram as classes de 1 a 5 dizem respeito às contas do Balanço, as classes 6, 7 e 8, às contas de Resultados, e a classe 0, às contas de Controlo Orçamental e de Ordem, reservando-se a classe 9 para a Contabilidade Analítica. Este conjunto de contas constitui as contas obrigatórias, podendo ser abertas subcontas das contas aqui definidas que permitam a adaptação à especificidade de cada realidade, devendo, contudo, respeitar-se sempre o conteúdo da conta respetiva. As novas situações ou realidades que devam ter uma relevação contabilística explícita através da abertura de novas contas serão objeto de parecer da Comissão de Normalização do POCMS e devidamente comunicadas à CNCAP. A classificação económica das receitas e despesas públicas deverá ser a que vigorar em cada momento, dentro das normas legais aplicáveis e atender à especificidade do setor da saúde (MFS, 2000).

2.4.4. Critérios de Valorimetria

No que se refere aos critérios de valorimetria previstos no POCMS (MFS, 2000), apresenta-se a seguir alguma sistematização dos mesmos, de forma a considerar os aspetos mais relevantes de algumas massas patrimoniais: imobilizações; existências; dívidas de e a terceiros; e disponibilidades.

Relativamente às **Imobilizações**, o ativo imobilizado deve ser valorizado ao custo de aquisição ou ao custo de produção, sendo que, quando os respetivos elementos tiverem uma vida útil limitada, ficam sujeitos a uma amortização sistemática durante esse período, sem prejuízo das exceções expressamente consignadas (MFS, 2000). O *custo de aquisição* de um ativo corresponde à soma do respetivo preço de compra com os gastos suportados direta ou indiretamente para o colocar no seu estado atual. O *custo de produção* de um bem corresponde à soma dos custos das matérias-primas e outros materiais diretos consumidos, da mão-de-obra direta e de outros gastos gerais de fabrico necessariamente suportados para o produzir. Os custos de distribuição, de administração geral e financeiros não são incorporados no custo de produção.

Quando se trate de ativos do imobilizado obtidos a título gratuito, deverá considerar-se o valor resultante da avaliação ou o valor patrimonial definido nos termos legais ou, caso não exista disposição legal aplicável, o valor resultante da avaliação segundo critérios técnicos que se adequem à natureza desses bens (MFS, 2000).

Quando, à data do balanço, os elementos do ativo imobilizado corpóreo e incorpóreo, seja ou não limitada a sua vida útil, tiverem valor inferior ao registado na contabilidade, devem ser objeto de amortização correspondente à diferença, se for de prever que a redução desse valor seja permanente; esta amortização extraordinária não deve ser mantida se deixarem de existir os motivos que a originaram. Para efeitos de amortização, as despesas de instalação, bem como

as de investigação e de desenvolvimento, devem ser amortizadas no prazo máximo de cinco anos.

No que se refere às **Existências**, as mesmas são valorizadas ao custo de aquisição ou ao custo de produção, sem prejuízo das exceções adiante consideradas, sendo o custo de aquisição e o custo de produção determinados de acordo com as definições adotadas pelo imobilizado (MFS, 2000). Se o custo de aquisição ou de produção for superior ao preço de mercado, será este o utilizado. Como preço de mercado entende-se o custo de reposição ou o valor realizável líquido, conforme se trate de bens adquiridos para a produção ou de bens para venda. Por *custo de reposição* de um bem entende-se o que a entidade teria de suportar para o substituir nas mesmas condições, qualidade, quantidade e locais de aquisição e utilização. O *valor realizável líquido* de um bem considera-se o seu esperado preço de venda, deduzido dos necessários custos previsíveis de acabamento e venda.

Por exemplo, os subprodutos, desperdícios, resíduos e refugos são valorizados, na falta de critério mais adequado, pelo valor realizável líquido. Quanto ao método de custeio das saídas de armazém adotado, o POCMS defende o custo médio ponderado (MFS, 2000).

Em relação às **Dívidas de e a terceiros**, as mesmas são expressas pelas importâncias constantes dos documentos que as titulam; em que as operações em moeda estrangeira são registadas ao câmbio da data considerada para a operação, salvo se o câmbio estiver fixado pelas partes ou garantido por uma terceira entidade.

À data do Balanço, as dívidas de e ou a terceiros resultantes dessas operações, em relação às quais não exista fixação ou garantia de câmbio, são atualizadas com base no câmbio dessa data. Como princípio geral, as diferenças de câmbio resultantes da atualização acima descritas são reconhecidas como resultados do exercício e registadas nas contas 685 – «Custos e perdas financeiros – Diferenças de câmbio desfavoráveis» ou 785 – «Proveitos e ganhos financeiros – Diferenças de câmbio favoráveis» (MFS, 2000). No caso de se estar em presença de diferenças favoráveis resultantes de dívidas a médio e longo prazo, estas deverão ser diferidas, na conta 2748, caso existam expectativas razoáveis de que o ganho é reversível. E, serão transferidas para a conta 785 no exercício em que se realizaram os pagamentos ou recebimentos, totais ou parciais, das dívidas com que estão relacionadas e pela parte correspondente a cada pagamento ou recebimento. Relativamente às diferenças de câmbio provenientes de financiamentos destinados a imobilizações, admite-se que sejam imputadas a estas, somente durante o período que tais imobilizações estiverem em curso.

Por seu lado, as **Disponibilidades** em moeda estrangeira são expressas no Balanço no final do exercício ao câmbio em vigor nessa data. As diferenças de câmbio apuradas são contabilizadas nas contas 685 – «Custos e perdas financeiros – Diferenças de câmbio desfavoráveis» ou 785 – «Proveitos e ganhos financeiros – Diferenças de câmbio favoráveis»

(MFS, 2000). Relativamente a cada um dos elementos específicos dos títulos negociáveis e das outras aplicações de tesouraria, serão utilizados critérios definidos para as imobilizações, na medida em que lhes sejam aplicáveis.

2.4.5. Especificidades Diversas

A primeira especificidade respeita ao **tratamento contabilístico das operações orçamentais**. Assim, ao nível da contabilidade orçamental existe uma única classe, classe 0 – Contas do controlo orçamental e de ordem, fazendo assim claramente a distinção entre a contabilidade orçamental, a patrimonial e a analítica. As contas existentes deverão ser desagregadas segundo a classificação económica das receitas e despesas públicas, sendo o nível de desagregação o que for estipulado pelo MF para a elaboração do orçamento de cada exercício económico. Alguns dos procedimentos contabilísticos que terão de ser levados a cabo são: aprovação do orçamento; alterações orçamentais; cabimentos; compromissos; processamentos (para as despesas sujeitas ao regime de duodécimos ou para todas as despesas, se for essa a opção da entidade); e encerramento do orçamento (MFS, 2000). Para tal, os mapas orçamentais *“visam o acompanhamento da execução orçamental no que concerne ao controlo orçamental que, articulados com os fluxos de caixa, permitem o acompanhamento, embora de forma sintética, do desenvolvimento das principais fases das despesas e receitas da instituição”* (MFS, 2000: 5252-5253)

A segunda especificidade corresponde ao **sistema de controlo interno** previsto no POCMS. Este sistema, tal como já acontecia no POCAL, engloba o plano de organização interno, políticas, métodos, técnicas e procedimentos de controlo, bem como quaisquer outros a definir pelos respetivos órgãos de gestão que permitam assegurar o desenvolvimento das suas atividades de forma eficaz, eficiente e com qualidade, assegurem a salvaguarda dos seus ativos, a prevenção de ilegalidades e a exatidão e integridade de todos os registos contabilísticos e a preparação oportuna e atempada de toda a informação financeira (MFS, 2000).

De entre objetivos a adotar nos procedimentos de controlo destacam-se: salvaguarda da legalidade e regularidade na elaboração e execução dos documentos orçamentais, financeiros e contabilísticos; cumprimento das deliberações dos órgãos de gestão e decisões dos respetivos titulares; salvaguarda do património; registo atempado e pelas quantias corretas de todas as receitas e despesas nos documentos apropriados e dentro do período contabilístico a que dizem respeito; implementação de normas e procedimentos que visem a qualidade de todas as atividades desenvolvidas. Neste sentido, as áreas de atuação dos procedimentos e registos de controlo correspondem a: disponibilidades; contas de terceiros; existências; e imobilizado.

A terceira especificidade é relativa à **consolidação de contas**, prevista no artigo 6º da Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro (MFS, 2000: 5250-5251). Segundo MFS (2000-5309), “a

informação contabilística produzida pelas entidades abrangidas pelo POCMS constitui informação fragmentada, disponibilizada por estas instituições que se assumem como entidades económicas únicas, com processos de gestão directa ou indirectamente integrados, o que implica um conjunto de necessidades que a sobredita informação fragmentada não tem condições de satisfazer". Assim, tornava-se necessário consolidar informação financeira que auxiliasse o processo de tomada de decisão pelos responsáveis financeiros e políticos e que proporcionasse a criação de uma cultura de apresentação de contas intra-entidades pertencentes a um mesmo subconjunto do MS.

Contudo, importa referir que as demonstrações financeiras consolidadas constituem um complemento, e não um substituto das demonstrações financeiras individuais das entidades integradas no SNS, tendo como objetivo proporcionar uma imagem verdadeira e apropriada da posição financeira e dos resultados das operações de todo o SNS. De facto, através da consolidação, poderá obter-se um único conjunto de demonstrações financeiras e orçamentais (balanço, demonstração dos resultados e mapas de controlo orçamental) do SNS, e até de todo o MS, como se de uma única entidade se tratasse.

2.5. Considerações Finais

Uma vez analisada a contabilidade pública em Portugal, pode concluir-se que, nos últimos anos, a mesma sofreu profundas alterações, resultantes da Reforma Administrativa e Financeira do Estado e da implementação do Plano Oficial de Contabilidade Pública, tendo em vista uma maior normalização e harmonização contabilística. Correia (2002: 276) considera que *“os principais desafios que se colocam à Administração Pública são: a melhoria de gestão dos recursos (instrumentos e ferramentas); e a manutenção do equilíbrio que optimize a relação entre produtividade, equidade e qualidade de prestação de serviços”*.

Adicionalmente, o POCP serviu de base à adoção posterior de diferentes planos de contabilidade setoriais, os quais surgiram devido às necessidades sentidas por diversos subsectores de serviços públicos. De facto, a utilização de novas técnicas de gestão fez sentir, em determinados serviços públicos, a necessidade de utilização de uma contabilidade patrimonial e analítica aproximada à usada nas empresas privadas, reguladas pelo POC. Como ao longo deste capítulo se observou, o POCP foi precedido por quatro outros planos de contabilidade, em concreto: POAL, aplicável às autarquias locais; POC-E, para as entidades do setor da educação; POCMS, para as entidades sujeitas ao MS; e POCISSS, para as instituições do sistema de solidariedade e segurança social. A este propósito, importa referir que, o POCISSS não foi objeto de estudo individualizado nos pontos anteriores deste capítulo, por já ter sido aprovado dois anos após a aprovação do POCMS e como tal não o ter influenciado a montante.

No caso particular do POCMS, pode concluir-se que, a contabilidade se apresenta como uma poderosa ferramenta para a gestão dos serviços e organismos abrangidos pelo mesmo, possuidores de ambientes dinâmicos, turbulentos e competitivos, que obrigam, segundo Martins (2006), à produção de informação útil para a tomada de decisões e, consequentemente, para a gestão desses serviços e organismos públicos. No contexto da prestação de contas, os serviços e organismos do MS devem fornecer, aos seus *stakeholders*, informação tendo em vista cinco amplos objetivos: formulação de estratégias globais e planos a longo prazo; tomada de decisões sobre a utilização dos recursos com ênfase nos produtos, clientes e preços; planeamento e controlo dos custos das operações e atividades; medição da performance e avaliação das responsabilidades; e cumprimento de normativos legais (Horngren *et al.*, 1999).

Face ao exposto, descreveu-se neste capítulo uma caracterização dos principais pontos de cada plano de contabilidade setorial, quer ao nível do âmbito de aplicação e dos objetivos que os mesmos se propõem alcançar, como ao nível dos documentos de prestação de contas (financeiros e/ou orçamentais) e princípios e regras (contabilísticos e/ou orçamentais), entre outros aspetos inerentes a cada um deles. Com especial ênfase, foi abordado o POCMS, por ser esse o normativo que regula a atividade do *Hospital Amato Lusitano, EPE*.

PARTE II - ANÁLISE EMPÍRICA

Capítulo 3. Caraterização do Distrito de Castelo Branco

3.1. Enquadramento

No presente capítulo importa evidenciar as caraterísticas básicas do distrito de Castelo Branco, enquanto distrito de intervenção primordial do *Hospital Amato Lusitano, EPE* (entidade utilizada no método de estudo de caso), segundo a perspetiva demográfica, económica e social. Ora, o distrito de Castelo Branco insere-se na área de intervenção da Comissão de Coordenação da Região Centro (correspondendo à NUTS II), agrupando-se os seus municípios segundo as NUTS III da Beira Interior Sul, da Cova da Beira e do Pinhal Interior Sul, que inclui o município de Mação pertencente ao distrito de Santarém (CLASCB, 2010).

Nos anos 60 e 70, o distrito de Castelo Branco foi fustigado pelo êxodo rural e pela emigração, que levaram a uma evolução demográfica adversa e à diminuição e envelhecimento populacional em qualquer uma das suas sub-regiões. Assim, as mudanças demográficas ocorridas foram responsáveis pela confluência populacional em três principais municípios urbanos (Castelo Branco, Fundão e Covilhã) que equivalem a cerca de 69% do total da população do distrito. Será esta condensação populacional, nos maiores aglomerados, que fundamentou o melhoramento das ligações rodoviárias entre Covilhã - Fundão - Castelo Branco. Paralelamente, à população residente é necessário adicionar, no caso da Covilhã e Castelo Branco, uma população estudantil durante os períodos letivos (CLASCB, 2010).

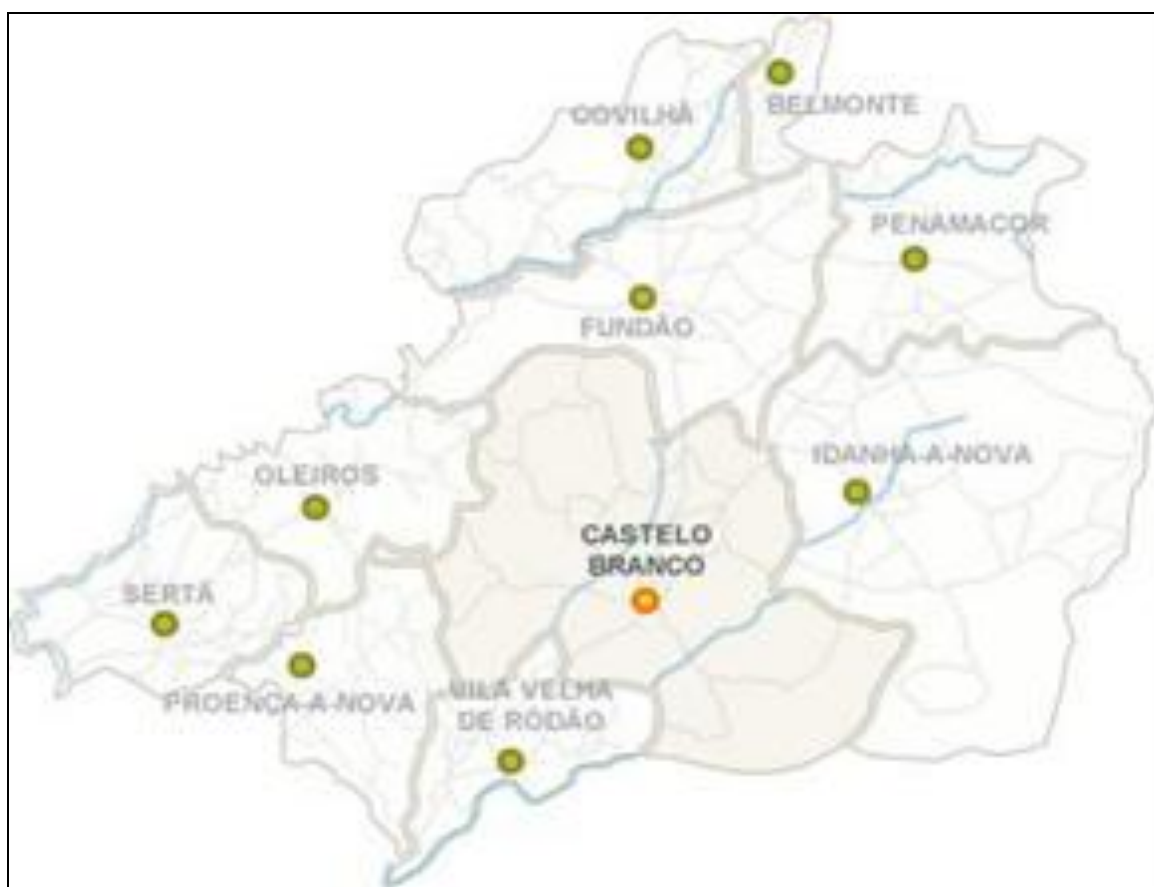
Contudo, subsiste uma descida do volume de jovens nos municípios da Raia (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão) e do Pinhal Interior Sul (Oleiros, Proença-a-Nova, Sertã e Vila de Rei), deduzindo-se que a população jovem e em idade ativa quando sai, não regressa. Atualmente, esta tendência populacional reflete-se na quantidade de mão-de-obra disponível para trabalhar, pondo em causa a capacidade de renovação geracional.

Por conseguinte, inicialmente, efetua-se uma caraterização demográfica do distrito de Castelo Branco, com ênfase na perspetiva territorial, distribuição e caraterização da população e na análise de alguns indicadores de educação em cada um dos onze municípios do distrito em referência (ponto 3.2). Seguidamente, realiza-se, no ponto 3.3, uma caraterização económica do mesmo, tendo em conta alguns indicadores e variáveis referente às empresas (número de empresas, pessoal ao serviço, volume de negócios e valor bruto acrescentado - VAB), bem como as atividades económicas dominantes. Por último, no ponto 3.4, carateriza-se socialmente o mesmo distrito, tendo por base os indicadores de saúde e dos hospitais por município.

3.2. Caracterização Demográfica

A delimitação geográfica do distrito de Castelo Branco é feita a Norte pelo distrito da Guarda, a Sul pelo distrito de Portalegre, a Oeste pelos distritos de Santarém, Leiria e Coimbra, a Leste pelas fronteiras com Espanha. Os 193.421 habitantes residentes, em 2010, no distrito distribuem-se pelos municípios referenciados atrás, com especial destaque para os principais centros urbanos como a Covilhã, o Fundão e Castelo Branco, onde residem aproximadamente dois terços da população (INE, 2011b). Na **Figura 3** identificam-se os municípios que pertencentes ao distrito de Castelo Branco.

Figura 3. Municípios do Distrito de Castelo Branco



Fonte: Adaptado de CLASCB (2010).

Geograficamente o distrito é caracterizado pelas várias serras que o atravessam, com parte das serras da Estrela e da Lousã e com as serras da Gardunha, Malcata, Alvelos, e Muradal. Nos seus vales correm os rios Erges, Ponsul, Ocreza e o Zêzere, afluentes da margem direita do Rio Tejo, o qual delimita o distrito a sul (CLASCB, 2010). O distrito de Castelo Branco, correspondente à NUTS II, agrupa os municípios a ele pertencentes segundo as NUTS III da Beira Interior Sul (Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão), da Cova da Beira (Belmonte, Covilhã e Fundão) e do Pinhal Interior Sul, que, para além, dos municípios de Oleiros,

Proença-a-Nova, Sertã e Vila de Rei, inclui ainda o município de Mação pertencente ao distrito de Santarém (CLASCB, 2010).

O município de Castelo Branco, no qual está localizado o HAL (caso de estudo da parte empírica), tem 53.270 habitantes (INE, 2011b) que se distribuem pelas 25 freguesias: Alcains, Alameda, Benquerenças, Cafede, Castelo Branco, Cebolais de Cima, Escalos de Baixo, Escalos de Cima, Freixial do Campo, Juncal do Campo, Lardosa, Louriçal do Campo, Lousa, Malpica do Tejo, Mata, Monforte da Beira, Ninho do Açor, Póvoa de Rio-de-Moinhos, Retaxo, Salgueiro do Campo, Santo André das Tojeiras, São Vicente da Beira, Sarzedas, Sobral do Campo e Tinalhas, totalizando uma área aproximadamente de 1.438,2 Km² (Figura 4).

Figura 4. Freguesias do Município de Castelo Branco



Fonte: Adaptado de CLASCB (2010).

Segundo o INE (2011b), o distrito de Castelo Branco ocupa uma área de 6.627,5 Km² e localiza-se no interior do país, sendo formado pelos seguintes municípios: Belmonte, Castelo Branco, Covilhã, Fundão, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei e Vila Velha de Ródão (Tabela 5), perfazendo 159 freguesias na totalidade. A parte mais rural do município sobrevive da agricultura e transformação primária dos produtos agrícolas e pecuários, no entanto nos centros urbanos de maior índice populacional este setor deu lugar a modernas indústrias de ramos diversificados (CLASCB, 2010).

Tabela 5. Área, Perímetro, Extensão Máxima e Altimetria por Município, 2010

	Área	Perímetro	Comprimento máximo		Altitude	
			Norte-Sul	Este-Oeste	Máxima	Mínima
	Km ²	Km			m	
Portugal	92.212,0	3.904,0	1.345,0	2.258,0	2.351,0	0,0
Continente	89.088,9	2.559,0	577,0	286,0	1 993	0,0
Centro	28.199,4	1.322,0	235,0	234,0	1 993	0,0
Distrito de Castelo Branco	6.627,5	1.633,0	345,0	366,0	11.516,0	2.314,0
Belmonte	118,8	59,0	19,0	10,0	888,0	443,0
Castelo Branco	1.438,2	256,0	49,0	58,0	1.227,0	121,0
Covilhã	555,6	140,0	30,0	39,0	1.993,0	375,0
Fundão	700,2	193,0	33,0	48,0	1.227,0	275,0
Idanha-a-Nova	1.416,3	212,0	50,0	42,0	826,0	125,0
Oleiros	471,1	148,0	28,0	34,0	1.082,0	250,0
Penamacor	563,7	164,0	31,0	33,0	1.078,0	300,0
Proença-a-Nova	395,4	146,0	34,0	25,0	953,0	125,0
Sertã	446,7	126,0	25,0	32,0	1.082,0	125,0
Vila de Rei	191,6	74,0	17,0	16,0	594,0	125,0
Vila Velha de Ródão	329,9	115,0	29,0	29,0	566,0	50,0

Fonte: Adaptado de INE (2011b).

No conjunto do distrito de Castelo Branco, é o município com o mesmo nome que regista, em relação aos parâmetros anteriores, os maiores valores, nomeadamente uma área total de 1.438,2 Km², confrontando-se com os municípios de Vila Velha de Ródão, Proença-a-Nova, Oleiros, Fundão, Penamacor e Idanha-a-Nova, e com Espanha.

Na Tabela 6, constata-se que no distrito de Castelo Branco a população residente tem vindo a diminuir de 205.686 em 2000 para um total de 193.421 habitantes em 2010 (-6%). No ano de 2010, Castelo Branco apresentava 53.270 habitantes, seguido da Covilhã e Fundão com 51.145 e 30.462 habitantes, respetivamente. Deste modo, pode afirmar-se que estes municípios são os que têm uma maior capacidade demográfica e que contribuem fortemente para o crescimento económico do distrito.

Em termos populacionais, o distrito de Castelo Branco tem registado de modo sucessivo uma diminuição da evolução demográfica devido ao êxodo migratório, para os grandes centros urbanos e para o estrangeiro, não se registando em nenhum dos municípios, ao longo do período em análise (2000-2010), um crescimento positivo da população, tendo como consequência a desertificação. Segundo a CLASCB (2010), o envelhecimento da população e a desertificação do espaço rural, constitui um dos pontos fracos de Castelo Branco.

Tabela 6. População Residente por Município, 2000-2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Portugal	10.256.658	10.329.340	10.407.465	10.474.685	10.529.255	10.569.592	10.599.095	10.617.575	10.627.250	10.637.713	10.636.979
Continente	9.779.845	9.851.424	9.927.441	9.991.654	10.043.763	10.082.154	10.110.271	10.126.880	10.135.309	10.144.940	10.143.600
Centro	2.325.161	2.339.561	2.354.552	2.366.691	2.376.609	2.382.448	2.385.891	2.385.911	2.383.284	2.381.068	2.375.902
Distrito de Castelo Branco	205.686	205.280	204.841	204.013	203.314	201.983	200.705	199.094	197.185	195.433	193.421
Belmonte	7.492	7.514	7.592	7.613	7.662	7.709	7.722	7.735	7.733	7.737	7.745
Castelo Branco	55.011	55.184	55.177	55.088	55.034	54.807	54.574	54.254	53.909	53.626	53.270
Covilhã	53.814	53.835	53.787	53.663	53.501	53.225	52.946	52.553	52.101	51.635	51.145
Fundão	31.080	31.178	31.256	31.310	31.297	31.226	31.176	31.062	30.867	30.701	30.462
Idanha-a-Nova	11.586	11.400	11.253	11.085	10.929	10.720	10.561	10.352	10.147	9.952	9.703
Oleiros	6.620	6.520	6.412	6.309	6.212	6.093	5.988	5.872	5.754	5.626	5.512
Penamacor	6.622	6.494	6.371	6.247	6.160	6.047	5.916	5.783	5.632	5.522	5.376
Proença-a-Nova	9.530	9.440	9.408	9.334	9.267	9.166	9.065	8.977	8.849	8.710	8.566
Sertã	16.554	16.445	16.393	16.274	16.208	16.081	15.967	15.841	15.663	15.512	15.359
Vila de Rei	3.319	3.294	3.274	3.240	3.242	3.201	3.160	3.131	3.080	3.041	2.988
Vila Velha de Ródão	4.058	3.976	3.918	3.850	3.802	3.708	3.630	3.534	3.450	3.371	3.295

Fonte: Adaptado de INE (2011b).

Também Silva (2008: 100-101), constatou que “*este espaço territorial tem registado uma profunda desertificação humana e um envelhecimento populacional provocados por fortes movimentos migratórios para os grandes centros urbanos do litoral e para o estrangeiro, atingindo sobretudo a população mais jovem e em idade activa que procurava mais oportunidades de emprego, qualificação e melhores condições de vida. Estes fenómenos não só põem em causa a capacidade de renovação de gerações, sendo evidente no crescente envelhecimento da população, mas têm reflexos na quantidade e qualidade dos recursos humanos disponível actualmente e que pode ser aferida utilizando como indicadores a estrutura etária da população residente e a estrutura de habilitações e qualificação de mão-de-obra do distrito*”.

A densidade populacional é relativamente baixa, somente os municípios de maior dimensão urbana manifestam competências de atração sobre os envolventes e sobre outras regiões do país. De acordo com a **Tabela 7**, verifica-se que a densidade populacional na cidade de Castelo Branco teve um decréscimo de 38,2 habitantes/Km² em 2000, para 37 habitantes/Km² em 2010.

Tabela 7. Densidade populacional por município, 2000 - 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Distrito de Castelo Branco	367,6	366,7	366,3	364,9	363,7	361,7	359,5	357,1	354	350,7	347,6
Belmonte	63,1	63,3	63,9	64,1	64,5	64,9	65	65,1	65,1	65,1	65,2
Castelo Branco	38,2	38,3	38,3	38,3	38,3	38,1	37,9	37,7	37,5	37,3	37
Covilhã	96,9	96,9	96,8	96,6	96,3	95,8	95,3	94,6	93,8	92,9	92,1
Fundão	44,4	44,5	44,6	44,7	44,7	44,6	44,5	44,4	44,1	43,9	43,5
Idanha-a-Nova	8,2	8,1	8	7,9	7,7	7,6	7,5	7,3	7,2	7	6,9
Oleiros	14,1	13,9	13,7	13,4	13,2	12,9	12,7	12,5	12,2	11,9	11,7
Penamacor	11,9	11,7	11,5	11,3	10,9	10,7	10,5	10,3	10	9,8	9,5
Proença-a-Nova	24,1	23,9	23,8	23,6	23,4	23,2	22,9	22,7	22,4	22	21,7
Sertã	37,1	36,8	36,7	36,4	36,3	36	35,7	35,5	35,1	34,7	34,4
Vila de Rei	17,3	17,2	17,1	16,9	16,9	16,7	16,5	16,3	16,1	15,9	15,6
Vila Velha de Ródão	12,3	12,1	11,9	11,7	11,5	11,2	11	10,7	10,5	10,2	10

Fonte: Adaptado de INE (2011b).

Como se pode ver na **Tabela 7**, é na Covilhã que existe uma maior intensidade populacional (92,1 habitantes/Km², em 2010), sendo em Idanha-a-Nova que se verifica a menor densidade populacional do distrito de Castelo Branco (6,9 habitantes/Km², em 2010). A superioridade do município da Covilhã pode justificar-se com o número elevado de estudantes que frequentam a Universidade da Beira Interior (UBI).

Tabela 8. População Residente por Município, segundo Grupos Etários e Género, 2010

	Total		0 a 14 anos		15 a 24 anos		25-64 anos		65 e mais anos			
	H	M	H	M	H	M	H	M	Total		75 e mais anos	
									H	M	H	M
Portugal	5.146.643	5.490.336	823.336	784.398	593.437	569.418	2.924.154	3.010.779	805.716	1.125.741	350.856	565.177
Continente	4.907.502	5.236.098	778.339	741.839	558.285	536.238	2.788.615	2.871.879	782.263	1.086.142	341.261	545.947
Centro	1.148.497	1.227.405	166.027	158.427	129.676	124.072	645.237	656.360	207.557	288.546	97.022	151.619
Distrito de Castelo Branco	93.094	100.327	11.583	10.957	9.791	9.244	51.563	50.728	20.157	29.398	10.562	17.038
Belmonte	3.705	4.040	450	442	428	417	2.062	2.104	765	1.077	390	607
Castelo Branco	25.546	27.724	3.525	3.370	2.619	2.534	14.242	14.614	5.160	7.206	2.578	4.001
Covilhã	24.770	26.375	3.245	3.090	2.706	2.476	14.337	14.293	4.482	6.516	2.025	3.459
Fundão	14.681	15.781	1.847	1.721	1.681	1.557	8.038	7.871	3.115	4.632	1.619	2.710
Idanha-a-Nova	4.612	5.091	469	398	379	360	2.173	2.037	1.591	2.296	1.028	1.530
Oleiros	2.671	2.841	192	176	246	212	1.459	1.268	774	1.185	436	710
Penamacor	2.604	2.772	224	177	226	211	1.273	1.105	881	1.279	574	835
Proença-a-Nova	4.173	4.393	398	401	444	383	2.346	2.096	985	1.513	593	970
Sertã	7.304	8.055	936	908	797	814	4.035	3.868	1.536	2.465	811	1.453
Vila de Rei	1.459	1.529	183	161	157	137	733	681	386	550	213	344
Vila Velha de Ródão	1.569	1.726	114	113	108	143	865	791	482	679	295	419

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

A dinâmica global de crescimento da população residente no município de Castelo Branco ao longo das últimas décadas é fundamentalmente caracterizada pela relativa estabilidade patenteada pelo efetivo populacional. Efetivamente, os 53.270 habitantes residentes no município em 2010 traduzem um acréscimo pouco significativo em relação ao efetivo recenseado quer em 2000 (+3,2%). Sendo que, 25.546 são do género masculino e 27.724 do género feminino (**Tabela 8**). Importa referir que, no município de Castelo Branco o grupo etário de “ ≥ 65 anos” é quase o dobro do grupo etário de “ ≤ 14 anos”, confirmando-se o aumento do índice de envelhecimento.

O diagnóstico social do distrito de Castelo Branco evidencia que, *“o fenómeno migratório, que atingiu o distrito, abrangeu, na maioria, indivíduos na faixa etária dos 15-49 anos resultando numa forte diminuição dos escalões da população em idade fértil ativa. As elevadas taxas de mortalidade e baixas taxas de natalidade assumem, deste modo, um saldo fisiológico negativo. No entanto, a variação da população residente mostra um processo de repulsão por um conjunto de causas estruturais que tem tornado o distrito de Castelo Branco um território de baixa densidade populacional”* (CLASCB, 2010: 26).

Em termos demográficos, os 193.421 habitantes existentes no distrito de Castelo Branco, em 2010, dividem-se pelos 11 municípios. Por um lado, a Cova da Beira é a sub-região do distrito com maior população residente (89.352 habitantes), seguida da sub-região da Beira Interior Sul (71.644 habitantes) e, por último, a sub-região do Pinhal Interior Sul (32.425 habitantes). Por outro lado, no período 2000-2010, confirmam-se dinâmicas recessivas acentuadas em Penamacor (-19%), Vila Velha de Ródão (-19%) e Oleiros (-17%), e a dinâmica positiva de Belmonte (+3%). É de salientar que a concentração da população ocorre nos principais núcleos do distrito (Castelo Branco, Covilhã e Fundão).

No que se refere aos indicadores de população por município, importa analisar a **Tabela 9**. No município de Castelo Branco a taxa de crescimento efetivo³ e a taxa de crescimento natural⁴ são negativas, à semelhança das registadas, quer na região Centro, quer em Portugal, pese embora apresente piores valores negativos. A taxa bruta de natalidade⁵ apresenta um valor baixo (8,4‰), sendo inferior à taxa de mortalidade⁶ (12,9‰), a qual é superior à registada na região Centro (11,4‰) e em Portugal (10‰).

³ Contabilização dos indivíduos que nascem e que morrem, que entram e que saem num dado país num período de tempo.

⁴ Diferença entre o número de nascimentos e o número de óbitos por cada 1000 habitantes numa dada população num dado período de tempo.

⁵ Número de crianças que nascem anualmente por cada 1000 habitantes.

⁶ Número de óbitos anuais por 1000 habitantes.

Tabela 9. Indicadores de População por Município, 2010

	Taxa de crescimento efetivo	Taxa de crescimento natural	Taxa bruta de natalidade	Taxa bruta de mortalidade	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de longevidade
	%		‰		N.º		
Portugal	-0,01	-0,04	9,5	10	120,1	27,2	47,4
Continente	-0,01	-0,05	9,5	9,9	122,9	27,7	47,5
Centro	-0,22	-0,34	8	11,4	152,9	31,9	50,1
Belmonte	0,10	-0,63	6,3	12,8	206,5	36,8	54,1
Castelo Branco	-0,67	-0,47	8,4	12,9	179,3	36,4	53,2
Covilhã	-0,95	-0,41	7,7	11,8	173,6	32,5	49,9
Fundão	-0,78	-0,79	6	13,9	217,1	40,5	55,9
Idanha-a-Nova	-2,53	-2,33	5	28,3	448,3	78,5	65,8
Oleiros	-2,05	-1,51	4,1	19,4	532,3	61,5	58,5
Penamacor	-2,68	-2,2	3,9	25,9	538,7	76,7	65,2
Proença-a-Nova	-1,67	-1,52	6,4	19,1	312,6	47,4	62,6
Sertã	-0,99	-0,72	6,9	14	217	42,1	56,6
Vila de Rei	-1,76	-2,39	5,3	29,2	272,1	54,8	59,5
Vila Velha de Ródão	-2,28	-2,58	5,1	29,1	511,5	60,9	61,5

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Em Portugal o índice de envelhecimento⁷ é de 120,1, ou seja, existem 120 idosos por cada jovem com menos de 15 anos. Daí se percebe o quanto o distrito é envelhecido e a quantidade de idosos que existem em relação aos jovens. No município de Castelo Branco, o índice de envelhecimento ronda os 179,3. Por seu lado, o índice de dependência de idosos⁸ a nível nacional é de 27,2, sendo o valor no município de Castelo Branco maior (36,4). O índice de longevidade⁹ é de 47,4 em Portugal, mas em todos os municípios do distrito o valor é maior, por exemplo em Castelo Branco é de 53,2. Este indicador demonstra mais uma vez, o envelhecimento da população.

Em termos demográficos, importa também analisar os indicadores de educação por município (Tabela 10). Para tal importa ter subjacente, em conformidade com o previsto na Lei de Bases do Sistema Educativo, que o sistema educativo corresponde ao “conjunto de meios pelo qual se concretiza o direito à educação, que se exprime pela garantia de uma permanente acção formativa orientada para favorecer o desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade” (AR, 1986: 3067).

⁷ Relação existente entre o número de idosos e a população jovem por cada 100 residentes.

⁸ Quociente entre a população com mais de 65 anos e a população dos 15 aos 64 anos.

⁹ Relação entre a população de 75 e mais anos e a população de 65 e mais anos.

Tabela 10. Indicadores de Educação por Município, 2009/2010

	Taxa bruta de pré-escolarização ¹⁰	Taxa bruta de escolarização		Taxa de retenção e desistência no ensino básico ¹¹	Taxa de transição/conclusão no ensino secundário ¹²	Taxa de escolarização no ensino superior ¹³
		Ensino básico ¹⁴	Ensino secundário ¹⁵	Total	Total	2010/2011
Portugal	85,0	127,1	146,2	7,9	80,7	31,5
Continente	84,7	127,5	148,4	7,6	81,1	32,9
Centro	91,4	126,3	150,9	6,8	82,1	33,9
Distrito de Castelo Branco	1.154,8	1.618,2	1.228,1	82,1	758,5	287,8
Belmonte	111,7	102,7	41,0	12,8	89,8	0,0
Castelo Branco	97,3	145,1	254,5	8,2	81,3	74,8
Covilhã	97,0	155,4	195,1	7,9	78,6	141,6
Fundão	98,8	125,5	125,6	5,4	89,5	0,0
Idanha-a-Nova	110,3	148,1	189,5	10,8	81,9	71,4
Oleiros	94,4	117,9	48,1	3,1	88,5	0,0
Penamacor	109,6	320,5	86,2	6,6	78,7	0,0
Proença-a-Nova	107,3	112,7	97,7	4,5	82,0	0,0
Sertã	96,8	144,2	190,4	6,3	88,2	0,0
Vila de Rei	100,0	130,6	0,0	12,1	//	0,0
Vila Velha de Ródão	131,6	115,5	0,0	4,4	//	0,0

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Quanto aos indicadores de educação no distrito de Castelo Branco (Tabela 10), fazendo referência ao ano letivo 2009/2010, verifica-se que as menores taxas de retenção e desistência no ensino básico se registam nos municípios de Oleiros (3,1%) e Vila Velha de Rodão (4,4%), ou seja, coincidente com o facto de serem ambos os municípios os que apresentam uma menor densidade populacional. Também com taxas de retenção e desistência no ensino básico abaixo da média da região Centro, se encontram os municípios de Proença-a-Nova, Fundão, Sertã e Penamacor. Caetano (2005), considera que o abandono escolar precoce compromete a formação e qualificação dos trabalhadores, para além de se refletir no processo de desenvolvimento socioeconómico e na competitividade das regiões.

Paralelamente, constata-se que são os municípios de Castelo Branco, Covilhã, Sertã e Idanha-a-Nova que registam as taxas de escolarização no ensino secundário mais elevadas, possivelmente por nestes municípios existirem escolas profissionais que de alguma forma podem

¹⁰ Relação percentual entre o número de alunos matriculados no ensino pré-escolar e a população total residente dos 3 aos 5 anos.

¹¹ Percentagem dos efetivos escolares que permanecem, por razões de insucesso ou de tentativa voluntária de melhoria de qualificações, no ensino básico, em relação à totalidade de alunos que iniciaram esse ensino.

¹² Incide sobre os alunos que nos 10.º e 11.º anos obtêm classificação igual ou superior a 10 valores em todas as disciplinas correspondentes ao curso frequentado ou em todas menos duas e os que concluem o 12.º ano.

¹³ Relação percentual entre os alunos inscritos em cursos de formação inicial no ensino superior (entre os 18 e os 22 anos) e a população total residente dos 18 aos 22 anos.

¹⁴ Relação percentual entre o número de alunos matriculados no ensino básico e a população total residente dos 6 aos 14 anos.

¹⁵ Relação percentual entre o número de alunos matriculados no ensino secundário e a população total residente dos 15 aos 17 anos.

justificar uma maior motivação por parte dos estudantes para a frequência de um ensino de cariz mais técnico.

No que se refere ao número de alunos matriculados no distrito de Castelo Branco ao nível dos diversos níveis de ensino (Tabela 11), comprova-se que os valores mais elevados são registados ao nível do ensino básico, acompanhando a tendência da região Centro e de Portugal. No município de Castelo Branco o total de alunos inscritos nos três níveis de ensino obrigatório repartem-se por: 6.019 alunos a frequentarem o ensino básico; e 3.782 o ensino secundário. De salientar que, só no município de Castelo Branco é que existem alunos a frequentar o ensino pós-secundário não superior. Estes cursos de especialização tecnológica (CET) constituem formações pós-secundárias não superiores, que visam conferir qualificações com base em formação técnica especializada.

Tabela 11. Alunos Matriculados por Município segundo o Nível de Ensino, 2009/2010

	Educação pré-escolar	Ensino básico			Ensino secundário	Ensino pós- secundário não superior
		1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo		
	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Portugal	274.387	479.519	273.248	503.695	483.982	7.640
Continente	258.598	452.236	257.464	480.298	462.784	7.356
Centro	58.870	96.298	54.383	108.438	107.418	3.167
Distrito de Castelo Branco	4.451	6.905	4.037	9.651	9.249	140
Belmonte	162	229	151	261	100	0
Castelo Branco	1.395	2.077	1.166	2.776	3.782	140
Covilhã	1.218	2.012	1.173	3.025	2.724	0
Fundão	679	1.062	643	1.273	1.080	0
Idanha-a-Nova	193	271	168	359	360	0
Oleiros	68	123	58	116	52	0
Penamacor	91	129	95	622	94	0
Proença-a-Nova	161	222	150	256	208	0
Sertã	360	589	337	789	849	0
Vila de Rei	74	127	56	107	0	0
Vila Velha de Ródão	50	64	40	67	0	0

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Resumidamente, a análise ao sistema de educação no distrito de Castelo Branco no período letivo 2009/2010, em termos de taxa de escolarização, reflete que os valores do ensino básico são superiores aos restantes níveis de ensino nos municípios de Castelo Branco, Covilhã, Sertã e Idanha-a-Nova, sendo superiores a 150% (aproximando-se à média da região centro), em que Castelo Branco chega mesmo a atingir 254,5%. Quanto ao ensino superior no distrito de Castelo Branco só existe na Covilhã (141,6%), Castelo Branco (74,8%) e Idanha-a-Nova (71,4%), visto ser nestes municípios que existem estabelecimentos de ensino superior.

Em relação a este último nível de ensino, especifica-se que: na Covilhã existe a Universidade da Beira Interior; em Castelo Branco e Idanha-a-Nova existem escolas pertencentes ao Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB). Em Castelo Branco existem cinco escolas, concretamente: a Escola Superior de Educação; a Escola Superior de Tecnologia; a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; a Escola Superior Agrária; e a Escola Superior de Artes Aplicadas. Em Idanha-a-Nova está sediada a Escola Superior de Gestão.

Segundo os dados apresentados na **Tabela 12**, sem estabelecer diferença entre o número de estabelecimentos públicos e o número de estabelecimentos privados, deduz-se que os estabelecimentos de ensino pré-escolar representam 7,5% dos existentes na região Centro e 1,6% dos estabelecimentos que existem em Portugal. Quanto aos estabelecimentos de ensino básico, 8% e 1,6% dos existentes na região Centro e em Portugal, respetivamente, enquanto no ensino secundário revelam 8,6% dos estabelecimentos regionais deste grau de ensino e 1,9% dos nacionais. Assim, a contribuição do distrito para o número de estabelecimentos, quer na região Centro, quer em Portugal, é menor no ensino básico.

Tabela 12. Estabelecimentos de Ensino por Município segundo o Nível de Ensino, 2009/2010

	Educação pré-escolar	Ensino básico			Ensino secundário
		1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	
	Total	Total	Total	Total	Total
Portugal	6.979	5.711	1.171	1.524	937
Continente	6.571	5.402	1.108	1.452	862
Centro	1.876	1.599	291	387	232
Distrito de Castelo Branco	155	105	28	38	25
Belmonte	7	4	1	1	1
Castelo Branco	32	24	6	9	6
Covilhã	46	27	7	10	6
Fundão	26	24	4	7	3
Idanha-a-Nova	10	6	1	1	2
Oleiros	4	3	1	1	1
Penamacor	8	2	1	1	1
Proença-a-Nova	7	2	2	2	2
Sertã	11	10	3	4	3
Vila de Rei	2	1	1	1	0
Vila Velha de Ródão	2	2	1	1	0

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Deste modo, o reduzido número de alunos matriculados no ensino pré-escolar confirma o impacto negativo da redução da taxa de natalidade a nível distrital, regional e nacional. O ensino pré-escolar, além de ter um menor número de alunos matriculados no ensino obrigatório, também tem menos alunos que o ensino superior. Porém, em relação ao número de estabelecimentos a situação inverte-se, visto que existem menos estabelecimentos de ensino secundário do que de ensino pré-escolar.

3.3. Caracterização Económica

Segundo a CMCB (2005), o contexto geográfico, as características biofísicas, o uso dos recursos e as características demográficas do território são determinantes no resultado da natureza e dimensão da atividade económica de cada município e da estrutura do seu mercado de trabalho. De acordo com a **Tabela 13** e em termos de desenvolvimento económico, a densidade de empresas em Portugal apresenta 11,5 empresas/Km², registando-se 2,6 empresas/Km² no município de Castelo Branco e 8,1 empresas/Km² na região Centro.

Tabela 13. Indicadores de Empresas por Município, 2009

	Densidade de empresas	Proporção de empresas individuais	Proporção de empresas com menos de 250 pessoas ao serviço	Proporção de empresas com menos de 10 pessoas ao serviço	Pessoal ao serviço por empresa	Volume de negócios por empresa	Indicador de concentração do volume de negócios das 4 maiores empresas	Indicador de concentração do valor acrescentado bruto das 4 maiores empresas
	N.º/km ²	%			N.º	Milhares de euros	%	
Portugal	11,5	67,05	99,9	95,6	3,5	316,6	5,1	4,1
Continente	11,4	67,07	99,9	95,6	3,5	318	5,2	4,3
Centro	8,1	69,33	100	95,9	3	224	3,9	4,5
Distrito de Castelo Branco	2,6	69,84	99,9	96,5	2,6	185,7	34,5	42,9
Belmonte	4,8	69,51	99,8	95,5	3,4	229,5	47,3	50,5
Castelo Branco	3,6	72,03	100	97,2	2,4	123,3	9,6	14,7
Covilhã	8,1	70,85	99,9	96,5	3,1	146,1	20,7	30,4
Fundão	3,6	69,67	100	95,9	2,6	144,6	17,3	9,2
Idanha-a-Nova	0,4	77,5	100	98,7	2	74,7	30,6	33,5
Oleiros	0,8	71,12	100	95,7	2,9	286,7	52,2	73,5
Penamacor	0,6	79,27	100	96,9	2,2	149,4	58,6	84,8
Proença-a-Nova	1,7	67,95	100	97	2,3	125,5	24,5	24,5
Sertão	2,9	66,77	100	95,8	2,8	159,8	17	21,8
Vila de Rei	1,4	57,88	100	96,7	2,2	108,7	26,6	29,1
Vila Velha de Ródão	0,6	65,71	100	95,2	3,2	494,2	74,8	99,8

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Na maioria, as empresas são de cariz individual (72,03%) e grande parte dessas empresas atinge uma proporção com menos de 250 pessoas ao serviço (mais de 9 e menos de 250 pessoas ao serviço) em Castelo Branco.

O Volume de Negócios por empresa atinge os 123,3 milhares de euros em Castelo Branco, quase metade da região Centro, enquanto Vila Velha de Rodão é o município que atinge o maior volume de negócios do distrito (494,2 milhares de euros), devido à existência de muitas empresas, entre elas, a *Portucel Tejo - Empresa de Celulose do Tejo, S.A.* (Tabela 13), que vai

ter como consequência direta um valor médio baixo de pessoas ao serviço no distrito de (2,6) e um valor médio reduzido do volume de negócios (185,7 milhares de euros) em relação à região Centro, Portugal e Continente, atingindo estes dois últimos quase o dobro (316,6 milhares de euros e 318 milhares de euros, respetivamente).

Na **Tabela 14** pode confirmar-se o setor de atividade económica dominante no distrito de Castelo Branco, segundo a Classificação da Atividade Económica (CAE), revisão 3 (rev.3), em 2009. O «Comércio por grosso e a retalho, a reparação de automóveis e motociclos (setor G)» registou um peso de 28,8% no total da atividade do distrito (4.506 do total das empresas), seguido pelo setor da «Construção (setor F)» com 28,3% (representando 2.185 das empresas no distrito). O município de Castelo Branco apresenta 28,1% do pessoal ao serviço das empresas em relação ao distrito. Quanto ao volume de negócios, o distrito representa 28,1% em relação à região Centro e 26,5% em relação a Castelo Branco.

Contudo, estes valores ocorrem num contexto em que este setor perdeu alguma importância. Numa análise ao número de estabelecimentos (**Tabela 14**), verifica-se a existência de setores industriais dominantes que são, respetivamente: indústria alimentar; indústria têxtil; e fabricação de produtos metálicos (máquinas, equipamentos e material de transporte).

Em relação ao setor têxtil importa referir que, *“ao longo dos anos 90 e neste início de milénio, a indústria têxtil foi empregando cada vez menos gente. Não deixando de ser o sector mais representativo em termos de emprego gerado, o seu peso diminuiu ligeiramente”* (CMCB, 2005: 64). De facto, *“a evolução regressiva da indústria têxtil enquadra-se na evolução nacional do sector, o qual tem sofrido uma retracção mais acentuada da actividade, nomeadamente a nível das actividades de fabricação de têxteis e não tanto a nível das actividades de confecção de vestuário. Esta situação resulta, numa primeira fase na tecnologia e, numa segunda fase, na competição com países com menores custos de produção, quer por colocarem no mercado produtos mais baratos, quer por proporcionarem mão-de-obra mais barata, e frequentemente com formação relativamente elevada”* (CMCB, 2005: 64).

Também, *“a construção civil e obras públicas pertencem a um sector de grande importância na economia do município. Sendo um sector muito dependente de outros, acompanha o estado da economia de um espaço, tendo manifestado um grande dinamismo na segunda metade da década de 90. A sua actividade é maioritariamente dirigida ao mercado local e regional. O dinamismo que lhe era conferido, em tempos pelas aquisições dos emigrantes, mais tarde pelo crescimento da economia portuguesa e concomitante procura mais facilitada de habitação própria, bem como pelo surgimento de muitas obras públicas”* (CMCB, 2005: 65) foi-se esvanecendo com o agravamento da crise económica em Portugal.

Tabela 14. Empresas por Município, segundo a CAE-Rev.3¹⁶, 2009

	Total	A03	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	P	Q	R	S
Portugal	1.060.906	4.460	1.361	74.234	681	1.059	107.536	250.552	24.141	81.341	14.208	28.391	115.693	41.307	61.558	76.670	27.714	150.000
Continente	1.019.248	3.909	1.315	72.202	665	1.003	102.638	242.114	22.422	77.806	13.737	27.375	111.199	39.583	59.159	74.099	26.205	143.817
Centro	229.099	1.044	506	18.185	120	297	30.577	59.185	5.658	17.433	2.149	4.500	21.413	8.573	14.297	14.367	4.758	26.037
Distrito de Castelo Branco	16.578	19	16	1.219	10	29	2.185	4.506	464	1.656	116	237	1.474	443	1.311	898	335	1.660
Belmonte	574	0	0	42	1	1	72	196	24	66	4	10	45	11	22	21	12	47
Castelo Branco	5.212	10	6	317	0	8	618	1.298	91	476	41	86	569	141	485	387	107	572
Covilhã	4.473	1	6	247	2	7	448	1.188	90	417	45	66	447	140	480	264	123	502
Fundão	2.516	0	3	222	1	3	337	715	73	263	14	24	227	73	169	104	44	244
Idanha-a-Nova	609	1	0	42	1	0	85	171	22	122	5	6	36	10	27	18	12	51
Oleiros	374	0	0	43	1	0	65	128	23	38	0	3	17	9	7	11	3	26
Penamacor	357	0	0	34	1	1	58	114	14	49	1	1	14	10	12	15	2	31
Proença-a-Nova	674	4	0	86	1	2	142	190	30	52	0	8	26	19	25	21	12	56
Sertã	1.306	1	0	113	0	7	267	384	67	120	6	21	75	23	64	41	19	98
Vila de Rei	273	1	0	35	0	0	74	61	18	24	0	10	10	2	12	11	1	14
Vila Velha de Ródão	210	1	1	38	2	0	19	61	12	29	0	2	8	5	8	5	0	19

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

¹⁶ A – Agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca; B – Indústrias Extrativas; C – Indústrias Transformadoras; D – Eletricidade, gás, vapor, água quente e fria e ar frio; E – Captação, tratamento de distribuição de água; Saneamento gestão e despoluição; F – Construção; G – Comércio por grosso e a retalho; Reparação de veículos automóveis e motociclos; H – Transportes e armazenagem; I – Alojamento, restauração e similares; J – Atividades de informação e de comunicação; K – Atividades financeiras e de seguros; L – Atividades imobiliárias; M – Atividades de consultoria, científicas, técnicas e similares; N – Atividades administrativas e dos serviços de apoio; O – Administração Pública e Defesa; Segurança Social Obrigatória; P – Educação; Q – Atividades de saúde humana e apoio social; R – Atividades artísticas, de espetáculos, desportivas e recreativas; S – Outras atividades de serviços.

No âmbito dos setores de atividade anteriores, a **Tabela 15** apresenta alguns indicadores, especificamente: pessoal ao serviço; volume de negócios; e valor acrescentado bruto.

Tabela 15. Variáveis das Empresas por Município, segundo a CAE-Rev.3, 2009

	N.º Empresas	Pessoal ao Serviço	Volume de Negócios	Valor Acrescentado Bruto
	N.º		Milhares de Euro	
Portugal	1.060.906	3.717.920	335.887.312	82.736.082
Continente	1.019.248	3.572.620	324.090.013	79.705.035
Centro	229.099	681.845	51.318.821	12.967.545
Distrito de Castelo Branco	16.578	44.152	2.424.186	662.930
Belmonte	574	1.939	131.723	30.085
Castelo Branco	5.212	12.431	642.381	172.270
Covilhã	4.473	13.716	653.566	209.945
Fundão	2.516	6.545	363.756	81.639
Idanha-a-Nova	609	1.208	45.499	10.388
Oleiros	374	1.075	107.241	45.073
Penamacor	357	769	53.345	28.146
Proença-a-Nova	674	1.558	84.581	23.921
Sertã	1.306	3.634	208.640	49.710
Vila de Rei	273	600	29.672	6.422
Vila Velha de Ródão	210	677	103.782	5.331

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

A partir dos anos 90, a indústria dos produtos metálicos cresceu no município de Castelo Branco, assumindo-se atualmente como o segundo setor mais representativo em termos de emprego em Castelo Branco. Assim, verifica-se que grande parte destes resultados se deve à fabricação de componentes elétricos para a indústria automóvel promovida por uma unidade empresarial multinacional (*Delphi*), a qual representa mais de 1.300 postos de trabalho (CMCB, 2005)

Relativamente ao ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem por município, segundo o nível de habilitações em 2009 (**Tabela 16**), o único município do distrito de Castelo Branco que ultrapassa a região Centro no ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem é Vila Velha de Rodão, visto que tem um ganho médio mensal de 1.168,40 euros, confirmando-se a importância que a empresa *Portucel Tejo - Empresa de Celulose do Tejo, S.A.* tem nesse município, enquanto a região Centro regista apenas 890,10 euros.

Em relação ao município de Castelo Branco, o mesmo já se aproxima mais à média do ganho mensal da região Centro, ao apresentar valores que rondam os 841,80 euros por trabalhador.

Tabela 16. Ganho Médio Mensal dos Trabalhadores por Conta de Outrem por Município, segundo o Nível de Habilitações, 2009

	Total	Nível de habilitações (€)								
		Inferior ao 1º ciclo do ensino básico	1º Ciclo do ensino básico	2º Ciclo do ensino básico	3º Ciclo do ensino básico	Ensino secundário	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
Portugal	1.034,2	658,0	741,4	756,7	850,5	1.093,3	1.821,9	1.950,1	2.005,9	2.227,2
Continente	1.036,4	652,3	737,6	754,9	850,4	1.094,9	1.820,1	1.952,2	2.005,9	2.228,8
Centro	890,1	627,5	721,2	750,6	798,4	936,3	1.485,7	1.531,3	1.610,6	2.388,6
Distrito de Castelo Branco	8.515,2	5.577,2	6.955,8	7.462,0	7.797,5	9.714,2	15.552,7	14.650,5	6.879,4	2.190,1
Belmonte	743,7	532,8	587,4	617,6	708,8	873,6	2.120,8	1.340,4	//	...
Castelo Branco	841,8	588,9	672,7	753,9	771,2	886,4	1.460,4	1.453,1	1.292,8	...
Covilhã	806,0	559,5	643,6	653,1	697,0	870,1	1.228,7	1.381,3	1.391,2	2.190,1
Fundão	747,5	560,9	620,7	646,0	660,7	817,3	1.115,4	1.368,9	1.628,7	//
Idanha-a-Nova	720,8	537,6	608,6	623,2	627,6	854,0	1.253,0	1.380,4	...	//
Oleiros	669,5	520,1	616,9	638,9	601,4	802,2	1.160,3	1.114,9	...	//
Penamacor	665,9	504,0	596,4	584,0	656,8	872,8	1.460,9	940,0	1.356,4	//
Proença-a-Nova	742,8	626,5	627,3	668,4	656,7	883,1	1.206,0	1.290,2	...	//
Sertã	756,5	568,3	691,0	677,7	711,0	759,9	1.037,8	1.413,7	1.210,3	...
Vila de Rei	652,3	...	570,3	577,1	595,8	831,7	1.131,4	948,3	...	//
Vila Velha de Ródão	1.168,4	578,6	720,9	1.022,1	1.110,5	1.263,1	2.378,0	2.019,3	...	//

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

3.4. Caracterização Social

Segundo Ferrão et al. (1994), as cidades de média dimensão têm uma nova posição no quadro económico-social. A cidade média parece ter benefícios quer em relação ao centro urbano mais pequeno, uma vez que já atingiu uma dimensão suficiente de internalização da aglomeração (escala, prestígio e qualidade, intensidade do fluxos e fontes de informação, qualificação urbana), quer quando comparada com a grande cidade (não sente ainda o efeito da poluição, tráfego, processos de marginalização e degradação urbana).

Em análise aos indicadores de saúde no distrito de Castelo Branco, em 2009 e 2010 (**Tabela 17**), constata-se que o número de enfermeiros e de médicos por 1.000 habitantes é mais elevado nos municípios de Castelo Branco e da Covilhã (9,1), exclusivamente nos centros urbanos, visto que é nesses municípios que se centralizam os serviços de saúde especializados, quer em termos de consultórios, quer em termos de unidades hospitalares (*Hospital Amato Lusitano, EPE* e o *Hospital da Cova da Beira*, respetivamente).

Tabela 17. Indicadores de Saúde por Município, 2009 e 2010

	Hospitais	Centros de saúde	Enfermeiros por 1000 habitantes	Médicos por 1000 habitantes	Farmácias e postos farmacêuticos móveis
	2009	2009	2010	2010	2010
Portugal	186	375	5,9	3,9	3055
Continente	171	345	5,8	4	2922
Centro	43	109	5,7	3,4	783
Distrito de Castelo Branco	2	11	42,3	14,8	74
Belmonte	0	1	2,1	0,9	2
Castelo Branco	1	1	9,1	3,7	17
Covilhã	1	1	9,1	3,1	21
Fundão	0	1	3,7	1,5	10
Idanha-a-Nova	0	1	2,6	0,6	8
Oleiros	0	1	3,1	0	3
Penamacor	0	1	1,7	1,3	5
Proença-a-Nova	0	1	2,9	1,2	2
Sertã	0	1	2,6	0,9	4
Vila de Rei	0	1	3,3	1	1
Vila Velha de Ródão	0	1	2,1	0,6	1

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Neste enquadramento, o número de enfermeiros por 1.000 habitantes nos municípios de Castelo Branco e Covilhã é muito superior face ao número de enfermeiros a nível nacional, enquanto o número de médicos para o mesmo número de habitantes nestes municípios estão

muito próximos da média nacional. Nos restantes municípios do distrito de Castelo Branco, estes dois indicadores apresentam valores significativamente inferiores aos valores médios do País.

Relativamente ao número de farmácias e postos farmacêuticos móveis, os municípios da Covilhã, Castelo Branco, Fundão e Idanha-a-Nova registam as maiores parcelas, 21,17, 10 e 8, respetivamente, enquanto a menor parcela cabe aos municípios de Vila de Rei (1), Vila Velha de Rodão (1) e Belmonte (2). Estes valores estão claramente associados ao número de população residente nos municípios em questão.

Na **Tabela 18** verifica-se que no ano de 2009 existiam na região Centro 43 hospitais, dos quais 2 se situavam no distrito de Castelo Branco, mais propriamente 1 no município de Castelo Branco e 1 no município da Covilhã, representando 4,7% dos existentes na região Centro e 1,1% dos existentes em Portugal. Em 2009, o *Hospital Amato Lusitano, EPE* (Castelo Branco) era composto por 302 camas e 5 salas de operação, enquanto o *Hospital da Cova da Beira* (Covilhã) tinha 342 camas e 4 salas de operações. Quanto ao pessoal ao serviço, no HAL de Castelo Branco existiam 102 médicos, 339 enfermeiros e 346 classificados como assistentes/auxiliares, enquanto no hospital da Covilhã existiam 161 médicos, 419 enfermeiros e 748 assistentes/auxiliares.

Tabela 18. Indicadores dos Hospitais por Município, 2009

	Hospitais	Equipamento		Internamentos		Pessoal ao Serviço			
	2009	Camas	Salas de Operação	Nº	dias	Total	Médicos	Enfermeiros	Outros
Portugal	186	35.635	831	1.205.841	10.123.895	123.310	21.652	37.906	63.752
Continente	171	32.484	800	1.151.432	9.228.552	116.097	20.862	35.855	59.380
Centro	43	8.052	175	251.862	2.208.774	24.722	4.020	8.395	12.307
Distrito de Castelo Branco	2	644	9	23.688	167.002	2.115	263	758	1.094
Belmonte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castelo Branco	1	302	5	10.328	69.718	787	102	339	346
Covilhã	1	342	4	13.360	97.284	1.328	161	419	748
Fundão	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idanha-a-Nova	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oleiros	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Penamacor	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proença-a-Nova	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sertão	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vila de Rei	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vila Velha de Ródão	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Tabela 19. Consultas Externas nos Hospitais por Município, 2009

	Total	Cirurgia Geral	Ginecologia	Medicina Interna	Oftalmologia	Ortopedia	Otorrinolarin-gologia	Pediatria Médica	Psiquiatria	Outras
	N.º									
Portugal	15.058.722	953.068	723.270	760.967	1.220.175	1.351.083	727.135	651.618	621.992	8.049.414
Continente	14.491.540	928.591	687.636	735.327	1.175.469	1.315.147	689.427	626.423	601.367	7.732.153
Centro	2.561.711	178.241	116.912	153.428	206.110	242.638	108.538	112.335	134.868	1.308.641
Distrito de Castelo Branco	232.277	15.095	13.047	17.730	8.185	13.110	9.159	11.633	15.496	128.822
Belmonte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castelo Branco	77.348	7.470	2.373	2.869	3.618	4.452	4.830	3.282	6.095	42.359
Covilhã	154.929	7.625	10.674	14.861	4.567	8.658	4.329	8.351	9.401	86.463
Fundão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idanha-a-Nova	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oleiros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Penamacor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proença-a-Nova	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sertã	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vila de Rei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vila Velha de Ródão	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Na **Tabela 19** pode constatar-se que no distrito de Castelo Branco, em 2009, foram registadas 232.277 consultas externas nos hospitais, das quais 77.348 no HAL de Castelo Branco e 154.929 no hospital da Covilhã. As especialidades que apresentam uma maior parcela no distrito de Castelo Branco são as consultas de Medicina Interna, seguindo-se as de Psiquiatria e Cirurgia Geral. No hospital de Castelo Branco são as consultas de Cirurgia Geral, de Psiquiatria e Otorrinolaringologia, enquanto no hospital da Covilhã a maior parcela vai para as consultas de Medicina Interna, Ginecologia, Psiquiatria e Pediatria Médica.

Na **Tabela 20**, constata-se que não existem nos centros de saúde as especialidades de Ginecologia/Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, e Pneumologia e apenas nos centros de saúde de Castelo Branco é que existe a especialidade de Medicina Dentária/Estomatologia. No distrito de Castelo Branco registaram-se, em 2009, 519.422 consultas médicas, sendo que a maior parcela se verifica em Castelo Branco, com 125.996, e na Covilhã, com 135.809. Em ambos os municípios, verifica-se o maior número de consultas médicas nos centros de saúde, cabendo à especialidade de Medicina Geral e Familiar/Clínica Geral, 106.698 consultas em Castelo Branco e 114.082 na Covilhã.

No distrito de Castelo Branco registaram-se, em 2010, um total 451 médicos por município, sendo que no município de Castelo Branco encontram-se 195 e no da Covilhã 160, distribuídos pelas várias especialidades, atingindo a maior parcela nos Especialistas (**Tabela 21**).

Paralelamente, pelos potenciais efeitos de atração de novas atividades, mobilização de pessoas, criação de sinergias com outros setores, nomeadamente o artesanato e gastronomia, e o uso de recursos endógenos, o turismo constitui no distrito de Castelo Branco uma opção de desenvolvimento de importância estratégica para muitas áreas urbanas ou rurais (CMCB, 2005). No entanto, na atividade económica do município de Castelo Branco, o setor do turismo tem um peso relativamente modesto. Castelo Branco representava, em 2010, 11,3% da capacidade de alojamento nos estabelecimentos hoteleiros por 1000 habitantes (INE, 2011a).

A abertura da autoestrada A23 tem levado os turistas ao distrito de Castelo Branco, pese embora no último ano a situação se tenha complicado, pela introdução de portagens na A23, obrigando a percursos alternativos mais morosos e, consequentemente, mais cansativos.

Tabela 20. Consultas Médicas nos Centros de Saúde por Município, 2009

	Total	Medicina Geral e Familiar/ Clínica Geral	Medicina Dentária/ Estomatologia	Ginecologia/ Obstetria	Oftalmologia	Otorrinolaringologia	Planeamento Familiar	Pneumologia	Saúde do Recém Nascido, da Criança e do Adolescente	Saúde Materna	Outras Especialidades
	N.º										
Portugal	27.742.858	22.410.401	110.013	15.203	62.523	9.828	945.860	91.102	3.318.544	571.291	208.093
Continente	27.113.562	21.995.852	75.504	10.518	58.712	6.007	918.884	90.126	3.222.124	556.938	178.897
Centro	6.854.400	5.736.558	4.599	0	3.989	0	233.460	2.461	728.112	99.473	45.748
Distrito de Castelo Branco	519.422	445.562	1.135	0	0	0	19.270	0	43.580	6.601	3.274
Belmonte	16.068	13.609	0	0	0	0	719	0	1.245	253	242
Castelo Branco	125.996	106.698	1.135	0	0	0	3.886	0	11.354	2.437	486
Covilhã	135.809	114.082	0	0	0	0	8.080	0	10.837	1.705	1.105
Fundão	66.449	58.096	0	0	0	0	1.735	0	5.458	572	588
Idanha-a-Nova	27.020	24.590	0	0	0	0	716	0	1.320	292	102
Oleiros	20.072	18.551	0	0	0	0	415	0	799	97	210
Penamacor	16.330	14.658	0	0	0	0	394	0	848	83	347
Proença-a-Nova	37.257	30.789	0	0	0	0	1.299	0	4.660	338	171
Sertão	50.942	43.504	0	0	0	0	1.568	0	5.189	658	23
Vila de Rei	10.285	9.110	0	0	0	0	211	0	920	44	0
Vila Velha de Ródão	13.194	11.875	0	0	0	0	247	0	950	122	0

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

Tabela 21. Médicos por Município, segundo Especialidade, 2010

	Total	Não especialistas	Especialistas	Cirurgia Geral	Estomatologia	Ginecologia e Obstetrícia	Medicina Geral e Familiar	Oftalmologia	Ortopedia	Pediatria	Psiquiatria	Outras Especialidades
	N.º											
Portugal	41.431	15.897	29.505	1.498	669	1.509	5.273	882	981	1.584	945	16.164
Continente	40.209	15.427	28.641	1.448	655	1.461	5.121	860	950	1.539	924	15.863
Centro	8.080	3.076	5.827	261	128	310	1.374	147	209	253	172	2.973
Distrito de Castelo Branco	451	173	317	16	3	13	109	5	7	18	2	144
Belmonte	7	2	5	0	1	0	4	0	0	0	0	0
Castelo Branco	195	63	152	10	0	6	48	3	2	11	0	72
Covilhã	160	75	100	3	0	5	22	2	5	6	2	55
Fundão	47	15	34	2	1	2	15	0	0	0	0	14
Idanha-a-Nova	6	1	5	0	1	0	4	0	0	0	0	0
Oleiros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Penamacor	7	2	6	1	0	0	4	0	0	0	0	1
Proença-a-Nova	10	4	7	0	0	0	6	0	0	0	0	1
Sertã	14	7	7	0	0	0	6	0	0	0	0	1
Vila de Rei	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vila Velha de Ródão	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0

Fonte: Adaptado de INE (2011a).

No que diz respeito à procura turística, segundo o INE (2011a) o município de Castelo Branco registou, no final dos anos 90, um aumento bastante significativo, tendo estabilizado nos primeiros anos de 2000. De 2002 para 2010, a proporção de hóspedes estrangeiros em Castelo Branco aumentou de 15,2% para 17,8% respetivamente. Contudo, o período de estadia média na região Centro é bastante baixo (1,8 dias/hóspede) em 2002, tendo diminuído em 2010 (1,7 dias/hóspede). Este valor aproxima-se muito do comportamento dos visitantes em estadias profissionais, demonstrando a importância deste tipo de visitante na região.

Segundo o Diagnóstico para a Sustentabilidade - Castelo Branco Agenda XXI (CMCB, 2005), a valorização do património natural e edificado do município de Castelo Branco é promovida por diversas entidades, sendo elas: por intermédio do programa Polis; a integração de parte do concelho no Parque Natural do Tejo Internacional; a intervenção do programa das Aldeias do Xisto nas aldeias de Sarzedas e Martim Branco; e a inclusão de Castelo Branco na zona de intervenção da empresa Naturtejo.

3.5. Considerações Finais

Neste capítulo, recorrendo-se, essencialmente, a fontes de informação originária dos dados do «Anuário da População Residente 2010» (INE, 2011a) e do «Anuário Estatístico da Região Centro de 2010» (INE, 2011b), seguindo critérios de rigor, esforço e exatidão para se alcançar uma maior aproximação à realidade, realizou-se a caracterização demográfica, económica e social do distrito de Castelo Branco.

A análise realizada ao distrito de Castelo Branco permite concluir que a parte mais rural do distrito sobrevive da agricultura e transformação primária dos produtos agrícolas e pecuários, no entanto, nos centros urbanos de maior índice populacional, este setor deu lugar a modernas indústrias de ramos diversificados. Contudo, o distrito de Castelo Branco é sinalizado pelo despovoamento humano, resultante de um enquadramento demográfico retroativo, que permanece desde os anos 60. A densidade populacional é relativamente baixa, sendo que somente os municípios de maior dimensão urbana manifestam competências de atração sobre os envolventes e sobre outras regiões do país. Por conseguinte, assiste-se à diminuição da população residente, implicando que o índice de envelhecimento venha a crescer no município de Castelo Branco, em paralelo com a desertificação. A taxa de crescimento efetivo e a taxa de crescimento natural são ambas negativas, pelo que se verifica um decréscimo populacional. A taxa bruta de natalidade apresenta um valor baixo e inferior à taxa de mortalidade.

Assim, no que se refere ao número de alunos matriculados no distrito de Castelo Branco ao nível dos diversos níveis de ensino, comprova-se que os valores mais elevados são registados no ensino básico, acompanhando a tendência da região Centro e de Portugal. A contribuição do

distrito para o número de estabelecimentos, quer na região Centro, quer em Portugal, é menor no ensino básico. Deste modo, o reduzido número de alunos matriculados no ensino pré-escolar confirma o impacto negativo da redução da taxa de natalidade a nível distrital, regional e nacional. O ensino pré-escolar, além de ter um menor número de alunos matriculados no ensino obrigatório, também tem menos alunos que o ensino superior. Porém, em relação ao número de estabelecimentos a situação inverte-se, visto que existem menos estabelecimentos de ensino secundário do que de ensino pré-escolar.

Em termos da atividade económica, os indicadores das empresas no distrito de Castelo Branco identificam, por um lado, uma baixa densidade de empresas por Km² e uma reduzida dimensão das mesmas, levando, consequentemente, a um baixo volume de negócio. Exceções como a empresa *Delphi* (em Castelo Branco) e a *Portucel Tejo - Empresa de Celulose do Tejo, S.A.* (em Vila Velha de Rodão), confirmam a preponderância de Microempresas e de Pequenas e Médias Empresas (PME)

Em análise aos indicadores de saúde no distrito de Castelo Branco, constata-se, por um lado, que o número de enfermeiros e de médicos por 1.000 habitantes é mais elevado nos municípios de Castelo Branco e da Covilhã, por influência direta dos centros hospitalares aí localizados. Por outro lado, verifica-se que o número de enfermeiros por 1.000 habitantes nos municípios de Castelo Branco e Covilhã é muito superior face ao número de enfermeiros a nível nacional, enquanto o número de médicos para o mesmo número de habitantes nestes municípios estão muito próximos da média nacional.

Capítulo 4. Caso de Estudo: *Hospital Amato Lusitano, EPE*

4.1. Enquadramento

O presente capítulo tem por objetivo avaliar a implementação do POCMS, tendo por base a análise económico-financeira do *Hospital Amato Lusitano, EPE* no período 2003-2009, suportada nos dados obtidos dos Relatórios e Contas dos respetivos anos (ULSCB, 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010). Para tal, será desenvolvida uma análise da instituição, quer em termos do seu *corporate governance*, quer em termos de *corporate finance*.

Tradicionalmente, os hospitais eram entendidos como “*serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação e compete-lhes, também, colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica*” (MSA, 1968: 612). Atualmente, em conformidade com o artigo 2º do Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro (MS, 2005) no que toca aos hospitais EPE (entidade pública empresarial) - modelo agora predominante - os mesmos visam a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes, independentemente da sua entidade financiadora, bem como o desenvolvimento de investigação, formação e ensino.

As transformações mais marcantes ao nível da gestão hospitalar foram as associadas à introdução do que se tornou comum denominar «hospitais empresariais». Juridicamente, foram primeiro SA (sociedade anónima) e depois EPE (entidade pública empresarial), sem diferenças substantivas em termos de modelo de financiamento ou mesmo de organização, objetivos e instrumentos disponíveis. A mudança de estatuto de SA para EPE foi sobretudo um sinal de natureza política (Barros *et al.*, 2011).

A cada hospital deve corresponder uma área de influência e deve atuar de forma articulada com os demais níveis de cuidados de saúde, designadamente os cuidados primários e os cuidados continuados, da forma que melhor permita satisfazer as necessidades da população. Ora, “sucede que apenas enunciar este princípio é insuficiente para que ele se concretize na prática diária. A constatação destas dificuldades levou à lógica das unidades locais de saúde (ULS), que asseguram uma gestão coordenada de um hospital (ou dos hospitais pertencentes a um centro hospitalar) e dos centros de saúde que se referenciam” (Barros *et al.*, 2011: 60). Esta mudança visa, segundo Rego (2008: 260), “*o aumento da produtividade com os níveis de eficiência e a qualidade requeridos por todos os agentes envolvidos no sistema de saúde*”.

Na medida em que, um hospital é uma organização profissional complexa, para desempenhar bem a sua missão, necessita de um modelo de gestão suficientemente flexível e adaptado ao tipo de organização que é. Para que isso aconteça, duas condições são fundamentais: o financiador externo tem que ter a capacidade de definir com clareza e

transparência (para todos), o que se espera do hospital em troca daquilo que se lhe paga; a gestão hospitalar não só terá que ter autonomia e apoio técnico para responder ao que se lhe pede, mas terá também de reproduzir, replicar, transferir, esta autonomia com responsabilidade para espaço micro, para a interface entre o doente e as profissões de saúde (Sakellarides, 2006).

Por conseguinte, no presente capítulo, para além de se avaliar a implementação do POCMS no *Hospital Amato Lusitano, EPE* (HAL), através da análise dos documentos de prestação de contas anuais, integrados na vertente da contabilidade patrimonial, também se procura analisar a sustentabilidade económico-financeira da entidade pública em referência, enquanto localizada numa região de interior e influenciada pela desertificação e envelhecimento das suas populações.

4.2. Metodologia: Estudo de caso

No cumprimento dos objetivos propostos, a metodologia seguida consiste num estudo de caso longitudinal, no período 2003-2009, centrado numa análise empírica exploratória dos documentos de prestação de contas (ULSCB, 2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010), os quais são de elaboração obrigatória segundo o POCMS. Os anos do estudo justificam-se por, o ano de 2009 ser, à data do pedido de autorização para realizar este estudo ao Conselho de Administração da ULS de Castelo Branco, EPE, ser o exercício económico mais recente com dados disponíveis e definitivos, enquanto o ano de 2003 satisfaz o requisito de recolha de informação para um período de, segundo Martins (2007), idealmente, 5 anos para poder fazer a análise da evolução da empresa. De referir, ainda, que, pese embora à presente data já se encontrar disponível o Relatório e Contas de 2011, nomeadamente na página Web do HAL (<http://www.hal.min-saude.pt/informação-pública/relatório-e-contas>), decidiu manter-se o período de análise inicialmente definido, por os dados de 2010 continuarem a não estar disponíveis.

Em termos globais, apresenta-se um estudo de caso relacionado com a avaliação da implementação do POCMS através da consideração de três questões gerais: “O que aconteceu?”, “Como aconteceu?” e “Por que é que aconteceu?”. De acordo com Yin (2008), as duas últimas perguntas são frequentemente respondidas em estudos que envolvem investigações históricas, enquanto a terceira questão aparece normalmente associada a estudos do tipo narrativo com pendor interpretativo. Assim, o presente Trabalho de Projeto seguiu uma metodologia de estudo simultaneamente narrativa e interpretativa. Nestes termos, concorda-se com Hartley (1994) e Silverman (2001), quando afirmam que o estudo de caso não configura uma metodologia ou um método de investigação, mas sim uma abordagem utilizada com o objetivo de possibilitar um conhecimento mais profundo do objeto de estudo a investigar.

Em termos narrativos, a análise de conteúdos pode ser considerada uma das mais importantes técnicas de investigação das ciências sociais, ao procurar compreender factos, não como um conjunto de acontecimentos físicos, mas sim como fenómenos simbólicos (Rippendorff, 1990). Ora, tal como se verifica no presente estudo, a análise de conteúdos tem uma orientação basicamente empírica, exploratória e vinculada a fenómenos reais.

Neste sentido, o método narrativo-interpretativo seguido neste estudo, em relação aos documentos de prestação de contas, Balanço e Demonstração de Resultados, acompanhados de indicadores ou rácios, procura avaliar, através de evidência empírica, a implementação do POCMS no *Hospital Amato Lusitano, EPE*. Por conseguinte, pretende dar-se resposta às seguintes questões:

- A implementação do POCMS no *Hospital Amato Lusitano, EPE* permitiu uma afetação dos recursos segundo os critérios de economia, eficiência e eficácia?
- Que tipos de indicadores económico-financeiros são elaborados nos hospitais, nomeadamente no *Hospital Amato Lusitano, EPE*?

Em suma, para a realização do presente Trabalho de Projeto seguiram-se as seguintes etapas metodológicas:

- *1ª Etapa* - Pesquisa bibliográfica sobre o setor público, em geral, e o setor da saúde, em particular. Nesta etapa procedeu-se ao primeiro levantamento bibliográfico relevante para esta investigação (legislação, livros, artigos e trabalhos científicos, tanto na área da saúde, como na área financeira), permitindo realizar uma caracterização do setor da saúde, bem como, a caracterização socioeconómica da Região da Beira Interior (NUTS) e exemplificar como funciona o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS).
- *2ª Etapa* - Concretização do Trabalho de Projeto. Nesta etapa solicitou-se autorização ao Conselho de Administração do *Hospital Amato Lusitano, EPE* para que fossem facultados os dados necessários a esta investigação, nomeadamente dados contabilísticos e fiscais, ou seja, os Relatórios e Contas dos últimos anos disponíveis (2003 a 2009).
- *3ª Etapa* - Desenho da metodologia de trabalho. Nesta etapa são identificadas e distinguidas as principais características da informação financeira produzida pelos Hospitais, de modo a avaliar sobre a afetação dos recursos segundo os critérios de economia, eficiência e eficácia, bem como a utilização de indicadores de gestão.
- *4ª Etapa* - Análise da informação. Nesta etapa e, em formato Excel, analisou-se a situação económico-financeira do hospital em referência, promovendo-se uma análise exploratória de dados (estatística descritiva) para que possam ser retiradas conclusões.
- *5ª Etapa* - Tratamento da informação e conclusões. Nesta etapa respondeu-se às questões da investigação e retiraram-se as respetivas conclusões face ao estudo de caso.

4.3. Corporate Governance

O *Hospital Amato Lusitano, EPE* foi programado na década de sessenta para substituir o então chamado *Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Castelo Branco*, começou a ser construído em 1968, concluído em 1975. Foi oficialmente inaugurado no dia 1 de Maio de 1977, e após a publicação do quadro orgânico de pessoal, mantendo a sua atividade desde essa data. O HAL foi classificado no nível III de diferenciação da Carta Hospitalar, visto que contem todas as valências básicas e complementares, tornando-se um serviço de interesse público, instituído, organizado e administrado com o objetivo de prestar à população cuidados médicos diferenciados.

Figura 5: Fachada do *Hospital Amato Lusitano, EPE*



Fonte: <http://www.anteprojectos.com.pt/2011/07/29/ulscb/>

Mais recentemente, através do Decreto-Lei nº 318/2009, de 2 Novembro (MF, 2009b), foi criada a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E., que integra o Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco e os agrupamentos de centros de saúde da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul.

No caso concreto do HAL, o mesmo dispõe de serviços clínicos em todas as valências básicas, intermédias e na maioria das valências diferenciadas. É, por esse facto, o Hospital mais diferenciado do distrito, sendo o Hospital de referência para os Hospitais da Covilhã e Fundão (Centro Hospitalar da Cova da Beira). Nas valências clínicas altamente diferenciadas, o HAL

recorre ao Centro Hospitalar de Coimbra. Como refere a ULSCB (2010: 15-16), *“para algumas áreas clínicas e técnicas a população abrangida alarga-se aos habitantes de todo o distrito e a algumas áreas de distritos limítrofes. Ainda em algumas especialidades, presta serviços de diagnóstico e cuidados diferenciados a doentes referenciados de outras unidades hospitalares da Região Centro e Alentejo, como é o caso das Técnicas de Gastrenterologia, Litotricia Extracorporal e Endourológica, Hemodiálise e Pacemaker”*.

As áreas de produção do HAL são: o Internamento, Consulta Externa, Urgência, Unidades Especializadas, Hospital de Dia, Blocos Operatórios e Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP), dispondo ainda de uma Unidade Médico-Cirúrgica no âmbito da rede de Urgência/Emergência. Não obstante, a existência das áreas anteriores, o HAL privilegia as atividades ambulatoriais, muitas delas funcionando em regime de Hospital de Dia (Hemodiálise, Quimioterapia e Diabetologia).

Quanto aos meios complementares de diagnóstico, o HAL *“encontra-se bem equipado, mercê dos investimentos efectuados desde o ano de 2000. Salienta-se a Unidade de Técnicas de Gastrenterologia, referência nacional na formação pós-graduada de médicos da especialidade. Existem, no entanto, áreas carenciadas e para as quais tem de recorrer a unidades de saúde externas, quer do SNS, sector convencionado e sector privado. De entre os Meios Complementares de Diagnóstico inexistentes e para os quais se recorre ao exterior destacam-se: RMN, Angiografia, Medicina Nuclear e Neurofisiologia. O HAL mantém protocolos, acordos e contratos com algumas unidades de saúde públicas e privadas para a realização de MCDT”* (ULSCB 2011: 17).

O Hospital Amato Lusitano, EPE tem como redes de referência as seguintes valências (ULSCB 2011):

- Unidade de Pacemaker - para todo o Distrito de Castelo Branco;
- Hemodiálise - a área de influência estende-se ao Distrito da Guarda (o HAL tem o único centro de hemodiálise em toda a área geográfica de confluência entre os dois distritos);
- Unidade de Técnicas de Gastrenterologia (pelo seu nível de excelência) - presta cuidados a doentes provenientes de outras regiões, como o Médio Tejo;
- Unidade de Litotricia - presta cuidados a doentes de todo o Distrito de Castelo Branco, Guarda, Portalegre e Santarém.

Paralelamente, decorrente do posicionamento, dimensão e grau de autonomia técnica, *“existe necessidade de estabelecer relações com outras entidades para a prestação de cuidados e/ou exames com um grau de diferenciação e especialização superiores às desta Instituição, designadamente no âmbito das redes de referência estabelecidas no SNS e com entidades privadas convencionadas.”* (ULSCB 2011: 23). Segundo o Relatório e Contas 2011, as principais entidades com quem se relaciona são:

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP, através da faturação das prestações de serviços, no âmbito do contrato-programa, a utentes do Serviço Nacional de Saúde e de subsistemas públicos (68.758.350 euros);
- Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), no âmbito de protocolos nas áreas de alimentação, limpeza, lavandaria e resíduos (2.197.141 euros);
- Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, no âmbito da rede de referência do SNS (110.610 euros);
- Centro Hospitalar de Lisboa Central (90.335 euros), de acordo com um protocolo de colaboração existente (nomeadamente nas áreas de cardiologia e nefrologia);
- Instituto Português do Sangue, IP, na aquisição de unidades terapêuticas de sangue (729.248 euros);
- C.D.B.I - Centro de Diálise da Beira Interior (676.301 euros) e Nephrocare Portugal (831.113 euros), no âmbito da hemodiálise.

➤ Missão, Visão e Valores

Como **Missão** o HAL procura a *“promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados/especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, em tempo útil com qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respectivos planos estratégicos, tendo sempre em conta a respectiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais”* (ULSCB, 2009b). Adicionalmente, também procura *“participar na formação de novos profissionais de saúde e actualizar os conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços. Desenvolver directa ou indirectamente projectos de investigação clínica e científica.”* (ULSCB, 2009b).

Quanto à **Visão**, a mesma corresponde a: *“Comunidades saudáveis, num ambiente saudável, sustentadas através de acções preventivas e curativas de excelência”* (ULSCB, 2009b). Em relação aos **Valores** que preconiza no desenvolvimento da sua atividade (ULSCB, 2009b), a ULSCB e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes:

- a) **Integridade** - Honestidade e ética presentes em cada ação. Total cumprimento do que se promete. Preservação da integridade científica e da excelência profissional.
- b) **Liderança** - Capacidade de congregar vontades e inteligências orientadas de forma clara para a concretização de projetos.
- c) **Humanização** - Respeito pelo Ser Humano e pela dignidade individual de cada pessoa.
- d) **Cidadania** - Direitos e deveres. Responsabilidade na ação. Solidariedade social. Reconhecimento de cada pessoa como um membro pleno e igual da sociedade com direito de participar ativamente na construção de um futuro comum.
- e) **Disciplina** - Forte sentimento de interesse, de honra e respeito, de auto controlo e determinação.

- f) *Qualidade total* - Abrangência das cinco dimensões da qualidade, que afetam a satisfação das necessidades das pessoas: qualidade intrínseca, custo ou preço, atendimento ou prazo, moral ou ética, segurança do utente e dos prestadores.
- g) *Multidisciplinaridade* - O paciente, utente ou cliente, é um Ser Humano, que possui várias dimensões: a biológica, a psíquica, a social, a afetiva e a racional, entre outras, que perfazem o seu todo. Assim, para que se dispense um bom atendimento é necessário o domínio de várias disciplinas, de uma ou de diferentes áreas do saber. O procedimento multidisciplinar reflete uma preocupação maior com a saúde integral do indivíduo e resulta num tratamento mais eficaz.
- h) *Investigação* - Suporte do conhecimento, da inovação, da transformação.
- i) *Respeito pelo ambiente* - O ambiente constitui um dos pilares determinantes da saúde, pelo que o respeito que por ele se tiver, repercutir-se-á na saúde das populações.

➤ **Objetivos Estratégicos**

O HAL pretende contribuir para a melhoria dos serviços prestados à comunidade e aos doentes da sua área de influência e assegurar melhores condições de trabalho aos seus colaboradores. Para tal, possui como **grandes linhas de intervenção** as seguintes (ULSCB, 2009b):

- *Promoção e proteção da saúde* - Apostar fortemente na promoção e proteção da saúde, bem como na prevenção da doença, permitindo diminuir a necessidade de acesso aos Cuidados Curativos, com a consequente melhoria da eficiência.
- *Resposta às reais necessidades de saúde das populações* - Adequar a oferta de serviços à realidade das populações da área de influência da ULS, conseguindo melhorias da eficiência e qualidade dos serviços quer através da reorganização de espaços, novas infraestruturas e novos equipamentos e sistemas, quer através da melhoria de procedimentos e processos.
- *Reestruturação organizacional* - Aprofundar a reestruturação organizacional da ULS como um todo, de forma a promover a sustentabilidade económica e financeira, maximizando a eficiência na utilização dos recursos e a eficácia na obtenção dos resultados; desenvolvimento de uma política de recursos humanos através da valorização profissional dos funcionários, da partilha de conhecimento e das melhores práticas; promover o desenvolvimento do sentimento de pertença à nova realidade organizacional.
- *Sistemas de informação e comunicação* - Tecnologias de informação e comunicação ao serviço da integração e articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.
- *Centralização dos serviços de suporte aos cuidados de saúde, gestão e logística* - Proporcionar uma visão integrada e abrangente dos vários serviços que contribuem, direta ou indiretamente, para a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde aos utentes a nível da ULS, suportar o fluxo de informação gerado pelo desenvolvimento das

diferentes tarefas assistenciais e implementar um efetivo controlo dos recursos nos vários níveis organizacionais.

- *Reforço da autonomia e capacidade técnica* - Aumento da capacidade de atração de utentes aumentando o fluxo de doentes “de fora” e diminuindo o fluxo “para fora” da área de influência da ULSCB.

➤ Órgãos de Apoio Técnico

Em paralelo com os **Órgãos Sociais** (conselho de administração, o fiscal único e o conselho consultivo), o HAL possui **Órgãos de Apoio Técnico** (ULSCB, 2009b), em concreto:

- *Ética* - À Comissão de Ética compete zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências da saúde, de forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas de prática clínica que envolvam questões de ética.
- *Qualidade e Segurança do Utente* - À Comissão de Qualidade e Segurança do Utente compete: Promover a humanização, qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos bem como o conforto dos utentes; Acompanhar ações de promoção da humanização, qualidade e segurança coordenadas pelo Gabinete da Qualidade e Utente; Monitorizar indicadores de humanização, qualidade e segurança; e elaborar anualmente um programa de promoção da humanização, qualidade e segurança.
- *Controlo da Infecção* - À Comissão de Controlo da Infecção compete promover a execução das estratégias consignadas no Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI), designadamente implementar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infecção da ULS.
- *Farmácia e Terapêutica* - Compete à Comissão de Farmácia e Terapêutica: Atuar como órgão de ligação entre os Serviços e Unidades Funcionais de prestação de cuidados e o Serviço Farmacêutico; Elaborar as adendas privativas de aditamento ou exclusão ao Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos; Emitir pareceres e relatórios, acerca de todos os medicamentos a incluir ou a excluir no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, que serão enviados trimestralmente ao INFARMED; Velar pelo cumprimento do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e suas adendas; Pronunciar-se sobre a correção da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitado pelo seu Presidente e sem quebra das normas deontológicas; Apreciar com cada Serviço ou Unidade de prestação de cuidados os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidas, após emissão de parecer obrigatório pelo Diretor do Serviço Farmacêutico; Elaborar, observando parecer de custos, a emitir pelo Diretor do Serviço Farmacêutico, a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos Serviços ou Unidades Funcionais de prestação de cuidados; Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

- *Coordenação Oncológica* - À Comissão de Coordenação Oncológica compete: Organizar as consultas de grupo multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos, estabelecendo normas para o seu funcionamento; Promover a referência entre cuidados de saúde primária, hospitalares e paliativos; Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica; Emitir parecer sobre a estrutura e protocolos da ULS, no âmbito da oncologia; Garantir a atualização da informação no registo oncológico nacional; Promover a organização de campanhas de prevenção e rastreio do cancro.
- *Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez* - À Comissão de Certificação de Interrupção Voluntária da Gravidez tem por missão a certificação da situação prevista na alínea c) do nº 1 do artigo 142º do Código Penal.
- *Coordenação Médica* - À Comissão de Coordenação Médica compete: Promover uma integração adequada da atividade médica; Propor orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes.
- *Coordenação de Enfermagem* - À Comissão de Coordenação de Enfermagem compete: Promover uma integração adequada dos cuidados de enfermagem; Apoiar a definição de padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados; Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com o exercício da atividade de enfermagem e com a formação dos Enfermeiros.
- *Coordenação de Tecnologias da Saúde* - À Comissão de Coordenação de Tecnologias da Saúde compete: Promover uma integração adequada das atividades dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; Apoiar a definição de padrões de diagnóstico e terapêutica e indicadores de avaliação dos mesmos; Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspetos relacionados com as atividades e formação dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.
- *Saúde Materna, da Criança e do Adolescente*: Tem por objetivo promover a prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente. É composta por duas subunidades: a Saúde Materna e Neonatal e a Saúde da Criança e do Adolescente.
- *Comissão da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente*, à qual compete: Fazer um levantamento regular das necessidades; Promover a cooperação entre profissionais e a articulação de serviços; Fomentar a celebração e implementação de protocolos; Impulsionar a monitorização e avaliação de indicadores; Colaborar com o Conselho de Administração na resolução de problemas; Promover a investigação, formação e ensino da respetiva área; Fomentar a utilização e preenchimento sistemáticos dos suportes de comunicação. (artigo 42º do Regulamento Interno do HAL)
- *Normalização de Consumos* - À Comissão de Normalização de Consumos compete: Emitir parecer acerca da introdução na ULS de todo o material de consumo clínico, hoteleiro e

administrativo; Emitir parecer acerca da introdução ou aquisição de equipamentos que consumam material clínico; Propor uma política e ações de normalização de material de consumo clínico, hoteleiro e administrativo; Apoiar a Unidade de Compras e Logística nos processos de aquisição, designadamente na identificação e seleção de material de consumo clínico, hoteleiro e administrativo.

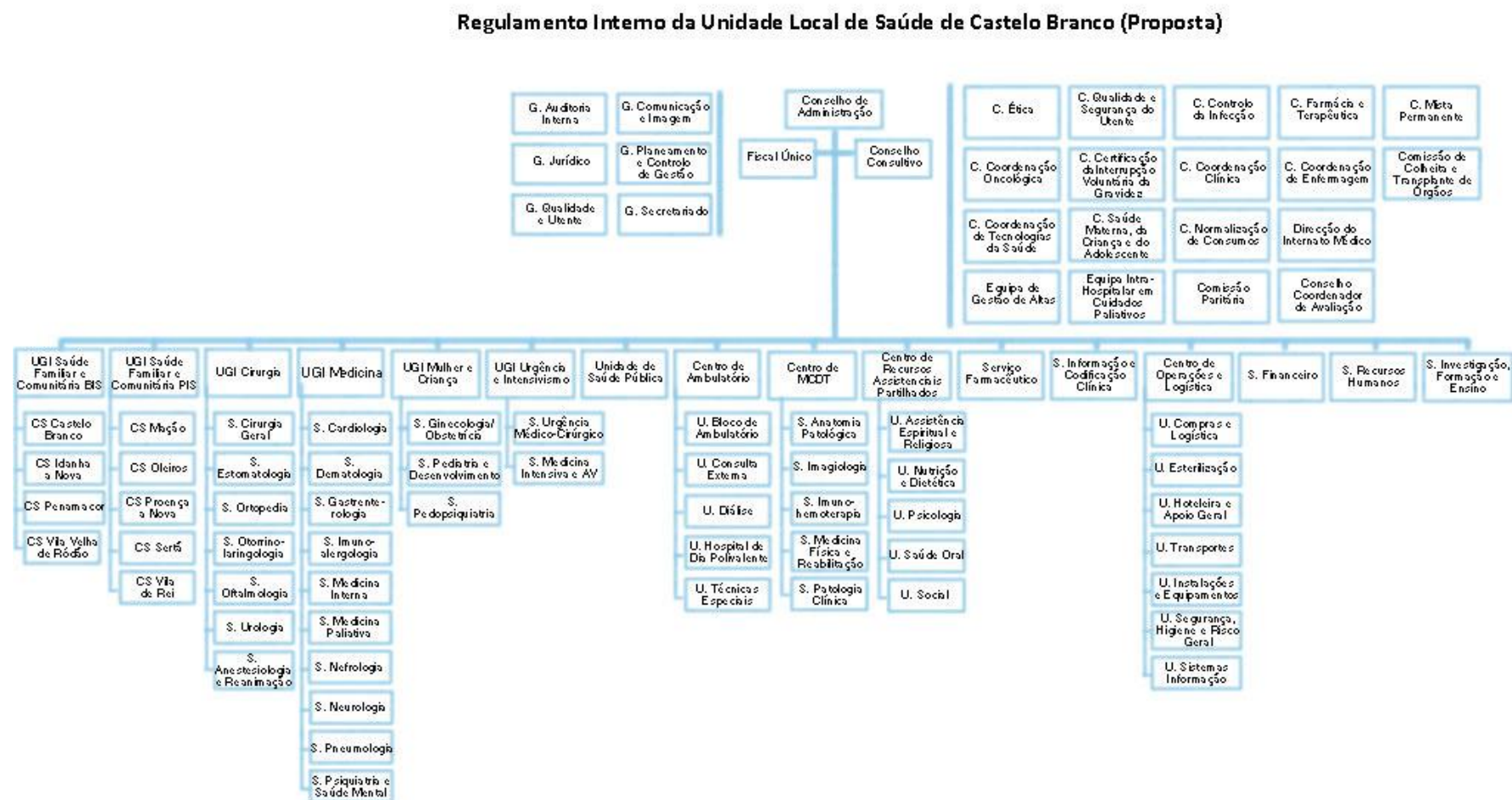
➤ Estrutura Organizacional

O organograma do *Hospital Amato Lusitano, EPE* pode observar-se na **Figura 6**. Assim, nele constam os Órgãos de Prestação de Cuidados, os Órgãos de Suporte à Prestação de Serviços e os Órgãos de Suporte à Gestão e Logística.

Relativamente aos **Órgãos de Prestação de Cuidados** (ULSCB, 2009b), as Unidades de Gestão Integrada (UGI), constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando Serviços e Unidades Funcionais de prestação de cuidados de saúde homogêneos e afins. As UGI têm por objetivo final melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respetivos recursos.

O âmbito da responsabilidade das UGI recai normalmente sobre custos (Centro de custos), podendo evoluir para custos e proveitos (Centro de resultados) ou mesmo para custos, proveitos e ativos patrimoniais (Centro de investimento), após deliberação específica do Conselho de Administração. Cada UGI tem uma Direção constituída por um Médico, que preside, um Enfermeiro e um Gestor. Na ULSCB são UGI as seguintes: UGI de Saúde Familiar e Comunitária da Beira Interior Sul; UGI de Saúde Familiar e Comunitária do Pinhal Interior Sul; UGI de Cirurgia; - UGI de Medicina; UGI de Mulher e Criança; e UGI de Urgência e Intensivismo.

Figura 6. Organograma do Hospital Amato Lusitano, EPE



Fonte: ULSCB (2012).

Quanto aos **Órgãos de Suporte à Prestação de Serviços** (ULSCB, 2009b), os mesmos organizam-se sob a forma de Centros, Serviços e Unidades Funcionais. Os *Centros* constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando Serviços e Unidades Funcionais de suporte à prestação de cuidados de saúde. Os *Serviços* são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, com responsabilidade organizativa, funcional e técnica, funcionando autonomamente ou de forma agregada nos Centros. As *Unidades Funcionais* são agregações limitadas de recursos humanos e tecnológicos especializados, com responsabilidade funcional e técnica, funcionando de forma agregada em Serviços ou Centros.

O âmbito da responsabilidade dos Centros, Serviços e Unidades Funcionais recai normalmente sobre custos (Centro de custos), podendo evoluir para custos e proveitos (Centro de resultados) ou mesmo para custos, proveitos e ativos patrimoniais (Centro de investimento), após deliberação específica do Conselho de Administração.

No que se refere aos **Órgãos de Suporte à Gestão e Logística**, estes organizam-se sob a forma de Centros, Unidades e Serviços. Os *Centros* constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando Unidades de Gestão e Logística. As *Unidades de Gestão e Logística* são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, com responsabilidade organizativa, funcional e técnica, funcionando de forma agregada no Centro. Os *Serviços de Gestão e Logística* são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, com responsabilidade organizativa, funcional e técnica, funcionando autonomamente.

O âmbito da responsabilidade dos Centros, Unidades e Serviços recai normalmente sobre custos (Centro de custos), podendo evoluir para custos e proveitos (Centro de resultados) ou mesmo para custos, proveitos e ativos patrimoniais (Centro de investimento), após deliberação específica do Conselho de Administração. Na ULSCB são Centros, Unidades e Serviços de Gestão e Logística os seguintes: Centro de Operações e Logística; Serviço Financeiro; Serviço de Recursos Humanos; e Serviço de Investigação, Formação e Ensino.

Na observância do POCMS, pode verificar-se através do ponto 13.2 Movimento Assistencial - Elementos gerais, que o HAL segue uma linha de produção. Na **Tabela 22** podem constatar-se alguns dos indicadores globais do HAL. No que se refere à área de produção do internamento, o mesmo apresentou no ano de 2003 uma lotação praticada de 311 camas e passou para 296 camas em 2009. Neste último ano, o serviço com maior número de camas pertence à valência de Cirurgia Geral (62 camas), seguindo-se a Medicina Interna (57 camas), Ortopedia (33 camas), Obstetrícia/Ginecologia (24 camas) e Pediatria (que inclui a Neonatologia - Prematuros) com 20 camas.

Tabela 22. Elementos Gerais, 2003-2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lotação	311	302	296	301	301	291	296
Doentes Tratados	10.897	11.570	11.459	11.295	9.607	9.567	9.558
Dias de internamentos	71.641	73.204	72.821	70.510	71.210	69.728	68.513
Demora média	6,6	6,37	6,35	6,25	7,38	7,32	7,20
% de ocupação	61,5	66,24	66,01	64,18	64,82	65,47	63,41
Nº de consultas	52.816	64.234	68.525	72.209	76.570	76.447	82.951
Nº de urgências	79.636	76.514	78.209	78.675	78.818	76.886	76.912

Fonte: Elaboração Própria

No que respeita aos indicadores de eficiência, observou-se uma subida da taxa de ocupação de 61,5 em 2003 para 63,41 no ano de 2009 tendo atingido um tempo de demora média de 6,6 dias para 7,20 dias, mais 0,60 de 2003 para 2009.

O número de consultas aumentaram de 52.816 em 2003 para 82.951 em 2009, enquanto o número de urgências teve um decréscimo de 79.636 para 76.912 nos anos de 2003 para 2009, respetivamente.

4.4. Corporate Finance

4.4.1. Considerações Gerais

A ULSCB é uma Entidade Pública Empresarial que pratica e prossegue os princípios gerais da contratação pública e está sujeita ao âmbito de aplicação do Código dos Contratos Públicos (CCP), aprovado pelo Decreto-Lei nº 18/2008, de 29 de Janeiro (MOPTC, 2008), sempre que excede os montantes dos limiares comunitários. As transações desta ULS são realizadas em condições de mercado, prosseguindo os princípios de transparência, concorrência, igualdade e prossecução do interesse público.

Neste sentido, a análise financeira dirige-se às informações financeiras das entidades e tem como objetivo facultar uma compreensão rápida e plena das informações disponíveis para os utilizadores interessados (Martins, 2004). A informação disponível nos documentos financeiros (Balanço, Demonstração de Resultados e, por vezes, Demonstração de Fluxos de Caixa) deverá ser útil, compreensível e acessível a todos os que queiram analisar e avaliar a empresa em questão e a sua aplicação permita que a informação se revele a verdadeira imagem da situação financeira e dos resultados da empresa. Assim, a informação deverá ser relevante, fiável e comparável (Neves, 2000).

Quando se pretende realizar uma análise financeira de uma entidade, a questão que se coloca é a seguinte: “O que é que se tem em vista com a análise da estrutura financeira de uma

empresa?” (Saias *et al.*, 2004). Ora, no presente Trabalho de Projeto a análise visa analisar a sustentabilidade económico-financeira de uma entidade pública numa região de interior influenciada pela desertificação e envelhecimento das suas populações.

4.4.2. Análise de Demonstrações Financeiras

Como demonstrações financeiras seguiram-se neste Trabalho de Projeto, o Balanço e a Demonstração de Resultados, bem como as notas explicativas no Anexo, nomeadamente ao nível das Amortizações e Provisões. O Balanço evidencia a posição financeira da empresa, refletindo o que ela possui (conjunto de bens e direitos) e o que deve a terceiros (conjunto das obrigações), em determinado momento (Robinson *et al.*, 2009). Assim, o Balanço reflete a situação patrimonial da entidade numa determinada data, autorizando a avaliação da situação líquida da empresa pela diferença entre o Ativo e o Passivo, dando lugar a uma avaliação financeira da empresa (Roda, 2011). A análise financeira *“consiste em avaliar o equilíbrio financeiro, as necessidades de financiamento da actividade e a situação de tesouraria, ou seja, avaliar a estrutura financeira da empresa em análise. A informação utilizada é retirada do Balanço da empresa, pelo que é usual referir-se como análise estática pois é feita baseada nos dados numa determinada data”* (Roda, 2011: 30).

Na **Tabela 23** é apresentada a massa patrimonial do Ativo do Balanço do *Hospital Amato Lusitano, EPE* no período 2003-2009. Assim, o valor do Ativo do HAL tem vindo a crescer, de €15.196.784,09 (em 2003) para €43.382.861,70 (em 2009). Neste último ano, é constituído maioritariamente pelas rubricas de imobilizações corpóreas (mais propriamente Edifícios e Outras Construções) e de Dívidas de Terceiros a curto prazo - Clientes c/c.

As imobilizações corpóreas são compostas na sua maioria pela rubrica de Edifícios e Outras Construções, o que denota que o HAL possui recursos fixos que podem vir a ser utilizados a longo prazo. Relativamente aos Clientes c/c, os mesmos apresentam algumas oscilações entre 2003 e 2009, tendo atingido o valor mais elevado de €4.329.912,41 no último ano.

Tabela 23. Balanço (Ativo) do HAL, 2003-2009

Código	Designação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	IMOBILIZADO:							
	BENS DE DOMÍNIO PÚBLICO:							
	Total de bens de domínio público	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	IMOBILIZAÇÕES INCORPÓREAS:							
	Total de imobilizações incorpóreas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	IMOBILIZAÇÕES CORPÓREAS:							
421	Terrenos e recursos naturais.....	99.759,57	99.759,57	99.759,57	99.759,57	99.759,57	99.759,57	8.775.000,00
422	Edifícios e outras construções.....	2.776.013,25	5.659.569,46	6.022.685,37	5.879.653,04	5.898.448,55	6.136.643,29	19.230.555,15
423	Equipamento básico.....	3.058.822,58	4.898.879,12	3.864.840,38	2.979.390,23	1.450.920,70	1.057.440,88	2.161.153,93
424	Equipamento de transporte.....	16.990,85	10.376,35	3.456,41	-1.006,79	0,00	0,00	21.900,83
425	Ferramentas e utensílios.....	608,72	18.391,68	17.213,19	15.255,29	10.028,85	8.854,65	0,00
426	Equipamento administr e informático..	419.981,26	705.195,64	559.189,58	416.105,65	1.264.683,11	1.179.214,82	805.003,70
427	Taras e vasilhame.....	3.062,48	3.062,48	3.062,48	3.062,48	3.062,48	3.062,48	3.062,48
429	Outras imobilizações corpóreas.....	43975,99	43975,99	43975,99	43975,99	39304,67	28713,35	14137,51
442	Imobilizaç em curso imob. corpóreas...	1.902.672,13	2.373.009,44	2.428.111,40	2.428.111,40	2.428.111,40	2.428.111,40	0,00
448	Adiantament p/ conta imob. corpóreas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total de imobilizações corpóreas	8.321.886,83	13.812.219,73	13.042.294,37	11.864.306,86	11.194.319,33	10.941.800,44	31.010.813,60
	INVESTIMENTOS FINANCEIROS:							
	Total investimentos financeiros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	CIRCULANTE:							
	EXISTÊNCIAS:							
36	Matérias primas, subs e consumo	1.009.154,31	1.005.184,91	1.058.358,69	887.438,24	838.493,31	1.111.063,03	1.060.030,51
	Total existências	1.009.154,31	1.005.184,91	1.058.358,69	887.438,24	838.493,31	1.111.063,03	1.060.030,51
	DÍVIDAS DE TERC. - Curto prazo							
211	Clientes c/c	3.913.002,41	3.670.015,75	4.294.255,22	2.289.748,60	2.579.886,28	1.581.623,46	4.329.912,41
213	Utentes c/ c	124.316,27	215.470,12	314.359,01	410.163,40	447.560,22	430.611,98	1.322.180,81
215	Instituições do Ministério da Saúde.....	3.568.426,29	1.978.537,16	3.573.125,93	4.666.271,35	4.144.157,98	4.547.677,72	3.761.870,55
218	Clientes e utentes cobrança duvidosa..	-2.452.452,09	-2.419.457,09	-3.749.143,26	-5.409.813,72	0,00	0,00	0,00
229	Adiantamentos a fornecedores.....	0,00	292,73	622,61	1.267,79	1.223,73	1.383,00	1.383,00
24	Estado e outros entes públicos.....	0,70	942,21	32.407,00	209.260,31	68.602,34	38.712,74	18.736,35
267/8	Outros devedores.....	349.172,70	874.427,69	1.336.792,37	1.573.775,91	1.966.751,94	1.595.091,70	1.739.971,26
	Total dívidas de terceiros	5.502.466,28	4.320.228,57	5.802.418,88	3.740.673,64	9.208.182,49	8.195.100,60	11.174.054,38
	TÍTULOS NEGOCIÁVEIS:							
	Total títulos negociáveis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	DEPÓSITOS INST FINANC/CAIXA:							
12	Depósito em instituições financeiras...	362.988,62	236.781,54	103.954,05	29.686,43	71.813,31	78.046,04	137.527,80
11	Caixa.....	288,05	260,17	234,30	690,04	1.046,75	345,31	435,41
	Total depósitos e caixa	363.276,67	237.041,71	104.188,35	30.376,47	72.860,06	78.391,35	137.963,21
	ACRÉSCIMOS E DIFERIMENTOS:							
	Total acréscimos e diferimentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL DO ACTIVO:	15.196.784,09	19.374.674,92	20.007.260,29	16.522.795,21	21.313.855,19	20.326.355,42	43.382.861,70

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

Nos últimos anos, o HAL tem sofrido algumas alterações a nível das infraestruturas. Como refere o Relatório e Contas de 2011 (ULSCB, 2012: 18), “desde 2000, o edifício do Hospital tem sofrido obras de beneficiação das estruturas e de requalificação e ou readaptação de espaços e novas necessidades de prestação de cuidados. Entre 2000 e 2003, todo o edifício do hospital foi alvo de intervenção para remodelação das instalações técnicas (...). Em 2003, sofreu obras de requalificação do espaço onde se localizou a Farmácia Hospitalar, para instalação do Bloco de Cirurgia Ambulatória. Em 2005, foi intervencionada a zona ocupada pelo armazém de material de consumo administrativo, para instalação da Unidade de Litotricia. Ainda em 2005 foi

requalificado o gabinete de Medicina Legal e a morgue, bem como a construção das instalações da Anatomia Patológica. Em 2007, o Serviço de Urgência foi alvo de obras de requalificação, que embora não tenham alterado a estrutura original, permitiram uma nova organização e modernização de espaços”.

Em paralelo, “o HAL realizou grandes investimentos nas áreas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, com recurso a fundos comunitários (FEDER) e a recursos nacionais (PIDDAC e investimento próprio). Estes investimentos previram, não só, a instalação de novos equipamentos para substituição e actualização de outros já obsoletos (equipamento de Radiologia - TC, Radiologia Convencional e Ecografia; equipamento de Endoscopia), bem como a instalação de novos equipamentos que proporcionam a realização MCDT até então inexistentes no HAL, como é o caso da Litotricia Extracorporal por Ondas de Choque, a Unidade de Pacing, a Unidade de Diálise Peritoneal. Por outro lado, modernizaram-se os sistemas de informação, destacando-se o sistema de armazenamento e comunicação de imagens médicas, pela instalação de um sistema PACS, que veio informatizar o pedido e visualização de todos os MCDT com imagem produzida no HAL. Salienta-se, ainda, a informatização do Serviço de Urgência com um sistema ‘paper free’, o sistema de gestão integrado do circuito do medicamento e logística hospitalar, bem como a informatização do Laboratório de Patologia Clínica” (ULSCB, 2012: 18-19).

Relacionadas com o imobilizado encontram-se as amortizações (Tabela 24). Segundo Costa e Alves (2013), as amortizações destinam-se a registar, em cada exercício, a depreciação sofrida pelos ativos imobilizados corpóreos e incorpóreos e pelos investimentos financeiros em imóveis.

Tabela 24. Balanço (Amortizações) do HAL, 2003-2009

Código	Designação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	AMORTIZAÇÕES:							
	BENS DE DOMÍNIO PÚBLICO:							
	Total de bens de domínio público	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	IMOBILIZAÇÕES INCORPÓREAS:							
	Total de imobilizações incorpóreas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	IMOBILIZAÇÕES CORPÓREAS:							
4822	Edifícios e outras construções.....	403.328,42	577.448,94	788.995,06	1.006.763,34	1.234.715,95	1.245.522,79	1.604.444,85
4823	Equipamento básico.....	7.437.770,88	8.471.479,21	10.006.161,64	11.733.044,72	13.357.832,46	14.766.211,36	12.715.088,09
4824	Equipamento de transporte.....	133.057,46	139.921,86	146.841,80	151.305,00	150.298,21	150.298,21	92.155,90
4825	Ferramentas e utensílios.....	23.226,75	29.979,41	35.058,93	40.712,30	46.361,03	47.901,13	13.352,30
4826	Equipamento administ e informático..	1.371.931,81	1.645.015,90	1.862.310,34	2.037.926,77	2.345.293,52	2.938.871,49	2.982.093,62
4829	Outras imobilizações corpóreas.....	68.595,21	68.595,21	68.595,21	68.595,21	73.266,53	83.857,85	33.019,65
	Total de imobilizações corpóreas	9.437.910,53	10.932.440,53	12.907.962,98	15.038.347,34	17.207.767,70	19.232.662,83	17.440.154,41
	TOTAL DE AMORTIZAÇÕES:	9.437.910,53	10.932.440,53	12.907.962,98	15.038.347,34	17.207.767,70	19.232.662,83	17.440.154,41

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

No HAL, as amortizações das imobilizações corpóreas são calculadas nos termos da Portaria nº 671/2000 de 17 de Abril (MF, 2000), relativas ao Cadastro de Inventário de Bens do

Estado, pelo método das quotas constantes, por duodécimos. Como se pode verificar na **Tabela 24**, não existem amortizações nas imobilizações incorpóreas, apenas foram registadas amortizações nas imobilizações corpóreas, tendo estas sofrido um aumento de €9.437.910,53 em 2003 para €17.440.154,41 em 2009 (+ 85%). De 2003 a 2009 a rubrica que mais se destaca é o Equipamento Básico que passou de €7.437.770,88 para €12.715.088,09 (+ 83%).

Por seu lado, as provisões destinam-se, sobretudo, a registar, relativamente à data de referência das demonstrações financeiras, as estimativas de riscos decorrentes das condições de incerteza em que se desenvolve a atividade das empresas (Costa e Alves, 2013). Como se verifica na **Tabela 25**, as provisões apenas apresentam valores na rubrica de Dívidas de Terceiros a curto prazo - Clientes, que tiveram um decréscimo significativo de €2.862.919,03 em 2003 para €236.494,29 em 2009 (- 92%).

Tabela 25. Balanço (Provisões) do HAL, 2003-2009

Código	Designação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
2911	PROVISÕES:							
	INVESTIMENTOS FINANCEIROS:							
	Total investimentos financeiros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	EXISTÊNCIAS:							
	Total depreciação de existências	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	DÍVIDAS DE TERC. - Curto prazo:							
	Clientes	2.862.919,03	2.828.350,60	4.341.865,99	6.015.557,18	668.656,64	696.190,85	236.494,29
	Total cobranças duvidosas	2.862.919,03	2.828.350,60	4.341.865,99	6.015.557,18	668.656,64	696.190,85	236.494,29
	TOTAL DE PROVISÕES:	2.862.919,03	2.828.350,60	4.341.865,99	6.015.557,18	668.656,64	696.190,85	236.494,29

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

Por seu lado, a **Tabela 26** apresenta as massas patrimoniais dos Fundos Próprios e do Passivo do HAL. Para Encarnação (2010: 23), “*um passivo é uma obrigação presente da entidade proveniente de acontecimentos passados, cuja liquidação se espera que resulte num exfluxo de recursos da entidade que incorporam benefícios económicos*”.

Como se pode constatar na **Tabela 26**, o total do Fundo Patrimonial passou de negativo em 2003 (€-2.550.995,86) a positivo no ano de 2009 (€13.190.372,31), sendo que neste último ano foram constituídas Reservas de Reavaliação no valor de €22.549.376,89 com o intuito de reduzir o Resultado Líquido do Exercício que apresentava valores negativos no valor de €9.706.754,83 em 2008 passando para €-50.954,18 em 2009.

Ainda, na **Tabela 26** se pode observar que o Passivo teve um aumento de 2003 para 2009, no valor de €17.747.779,95 para €30.192.489,39, respetivamente (+ 70%). As Dívidas a Terceiros aumentaram de €17.330.826,79 em 2003 para €22.938.397,81 no ano de 2009 (+ 32%), verificando-se que a rubrica com mais destaque são os Fornecedores c/c que duplicaram de 2003 para 2009 (de €8.659.170 para €17.646.437,34, respetivamente). Segundo ULSCB (2012), os fornecedores que representaram mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos e que ultrapassaram 1 M€ no ano de 2011 são: SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais: 2.197.141 euros; e RANDSTAD CLINICAL - 1.327.264 euros.

Tabela 26. Balanço (Fundos Próprios e Passivo) do HAL, 2003-2009

Código	Designação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	FUNDO PATRIMONIAL:							
51	Património.....	1.679.989,34	1.679.989,34	1.679.989,34	1.679.989,34	1.679.989,34	1.679.989,34	0,00
52	Reservas de reavaliação.....	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22.549.376,89
575	Subsídios.....	2.364.882,14	2.364.882,14	2.364.882,14	2.364.882,14	2.364.882,14	2.364.882,14	2.364.882,14
576	Doações.....	1.963.958,75	3.889.910,46	4.418.058,72	4.425.514,47	4.425.784,47	4.433.542,93	4.434.392,93
577	Reservas decorrentes da transf. de activos.....	2.043.448,61	2.516.953,70	2.574.276,62	2.574.276,62	2.574.276,62	2.574.276,62	2.574.276,62
	Total das Reservas:	8.052.278,84	10.451.735,64	11.037.206,82	11.044.662,57	11.044.932,57	11.052.691,03	31.922.928,58
59	Resultados transitados.....	-4.157.541,79	-10.603.274,70	-1.966.712,05	-2.155.269,03	-11.165.041,21	-8.974.847,26	-18.681.602,09
88	Resultado líquido do exercício.....	-6.445.732,91	8.636.562,65	2.436.007,84	-9.009.772,18	2.959.459,69	-9.706.754,83	-50.954,18
	TOTAL DO FUNDO PATRIMONIAL:	-2.550.995,86	8.485.023,59	11.506.502,61	-120.378,64	2.839.351,05	-7.628.911,06	13.190.372,31
	PASSIVO:							
	PROVISÕES:							
	Total de Provisões	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	DÍVIDAS A TERCEIROS-Curto prazo:							
219	Adiantamentos de clientes, utentes e inst. MS....	110.052,00	112.208,22	113.144,26	110.149,31	102.660,67	107.622,66	103.069,94
221	Fornecedores c/c.....	8.659.170,00	1.812.654,25	2.501.781,11	6.505.317,93	6.874.526,04	15.583.139,56	17.646.437,34
228	Fornecedores - Facturas recepção e conferência...	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.548,21	0,00
2611	Fornecedores de imobilizado c/c.....	1.080.835,91	72.238,40	76.679,82	89.709,30	386.501,31	1.211.204,39	884.355,43
24	Estado e outros entes públicos.....	237.233,91	93.363,17	15.986,82	6.296,64	5.648,21	3.332,46	3.787,85
267/8	Outros credores.....	7.243.534,97	5.759.687,25	2.566.228,79	3.505.076,11	3.810.946,97	4.627.640,52	4.300.747,25
	Total de Dívidas a Terceiros:	17.330.826,79	7.850.151,29	5.273.820,80	10.216.549,29	11.180.283,20	21.547.487,80	22.938.397,81
	ACRÉSCIMOS E DIFERIMENTOS:							
273	Acréscimos de custos.....	0,00	0,00	0,00	2.750.058,00	3.183.306,93	2.243.781,30	2.657.628,80
274	Proveitos diferidos.....	416.953,16	3.039.500,04	3.226.936,88	3.676.566,56	4.110.914,01	4.163.997,38	4.596.462,78
	Total de Acréscimos e Diferimentos:	416.953,16	3.039.500,04	3.226.936,88	6.426.624,56	7.294.220,94	6.407.778,68	7.254.091,58
	TOTAL DO PASSIVO:	17.747.779,95	10.889.651,33	8.500.757,68	16.643.173,85	18.474.504,14	27.955.266,48	30.192.489,39
	TOTAL FUNDOS PRÓPRIOS E PASSIVO:	15.196.784,09	19.374.674,92	20.007.260,29	16.522.795,21	21.313.855,19	20.326.355,42	43.382.861,70

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

Em relação à Demonstração de Resultados (DR), a mesma averigua os resultados da atividade corrente obtidos por uma empresa ao longo de um período (entre duas datas de Balanço), permitindo uma avaliação económica da empresa (Roda, 2011). Os principais itens que compõem a DR e são utilizados numa ótica de análise económica são: Volume de Negócios, Margem Bruta, Resultado Operacional e Resultado Líquido. Estes encontram-se interligados e representam o valor que a principal atividade da empresa acrescenta aos seus *stakeholders* (Roda, 2011).

Na Tabela 27 pode constatar-se que os custos do HAL incidem principalmente nas Remunerações de Pessoal, seguindo-se a rubrica dos Materiais de Consumo e a rubrica dos Fornecimentos e Serviços Externos. As Amortizações do Exercício têm aumentado de 2003 para 2009, apresentando valores de €1.183.317,85 para €2.253.471,06, respetivamente, em consequência direta, tal como se comentou anteriormente, dos investimentos realizados em imobilizações corpóreas.

Tabela 27. Demonstração de Resultados (Custos e Perdas) do HAL, 2003-2009

Código	Designação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CUSTOS E PERDAS								
61	Custo Mercad. Vendidas Matér.Consum.:							
612	Mercadorias.....	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
616	Matérias de consumo.....	8.085.068,68	8.105.704,50	9.159.404,92	9.027.804,65	9.180.888,26	9.674.761,86	10.389.203,07
62	Fornecimento e serviços externos.....	7.988.395,68	8.562.653,87	6.786.893,23	7.987.999,29	8.236.792,52	9.869.725,97	10.426.865,67
64	Custos com pessoal:							
641	Remunerações dos órgãos directivos.....	179.071,38	196.893,48	182.490,85	292.638,67	329.106,39	275.200,13	288.029,01
642	Remunerações de pessoal.....	21.947.764,56	23.173.612,93	23.761.576,24	23.352.459,28	23.223.978,84	22.122.648,60	22.929.033,78
643	Pensões.....	623.179,20	580.640,60	560.129,22	598.331,37	669.809,86	712.775,24	825.213,52
645	Encargos sobre remunerações.....	919.734,68	2.097.227,08	2.168.676,08	2.631.825,91	2.945.478,52	2.670.289,19	2.734.190,29
646	Seguros acid trab e doenc profissionais.....	597,06	2.089,62	13.905,50	276,63	13.013,33	26.325,55	20.164,01
647	Encargos sociais voluntários.....	0,00	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00
648	Outros custos com o pessoal.....	22.802,47	33.032,94	43.109,45	77.526,29	53.355,00	56.258,54	107.915,22
66	Amortizações do exercício.....	1.183.317,85	1.895.658,24	2.044.883,66	2.162.080,49	2.169.420,36	2.025.520,17	2.253.471,06
67	Provisões do exercício.....	1.868.527,01	1.833.958,58	3.347.473,97	5.021.165,16	69.894,52	27.534,21	0,00
65	Outros custos e perdas operacionais.....	19.738,04	15.608,84	19.747,28	152.456,80	25.742,25	4.454,66	55.235,13
	(A)	42.838.196,61	46.497.080,68	48.088.290,40	51.304.564,54	46.917.479,85	47.465.494,12	50.029.320,76
68	Custos e perdas financeiras.....	1.842,59	5.347,77	1.268,64	222,25	580,84	4.480,53	4.146,10
	(C)	42.840.039,20	46.502.428,45	48.089.559,04	51.304.786,79	46.918.060,69	47.469.974,65	50.033.466,86
69	Custos e perdas extraordinárias.....	318.964,92	669.144,95	502.689,23	371.376,96	614.504,27	1.337.960,36	2.416.524,31
	(E)	43.159.004,12	47.171.573,40	48.592.248,27	51.676.163,75	47.532.564,96	48.807.935,01	52.449.991,17
88	Resultado líquido do exercício.....	-6.445.732,91	8.636.562,65	2.436.007,84	-9.009.772,18	2.959.459,69	-9.706.754,83	-50.954,18
		36.713.271,21	55.808.136,05	51.028.256,11	42.666.391,57	50.492.024,65	39.101.180,18	52.399.036,99

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

Com o intuito de explicar os principais custos do HAL, da Demonstração do Desenvolvimento das Despesas com Pessoal, foi retirada a Tabela 28 que implica todas as contas do POCMS - Custos com o pessoal, bem como as seguintes notas explicativas sobre sua evolução.

Tabela 28. Repartição dos Gastos com Pessoal do HAL, 2003-2009

POCMS		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
6411	Remuneração dos órgãos directivos: base	179.070	196.893	182.490	292.638	329.106	275.200	288.028
6421	Remuneração do pessoal: base	13.314.580	14.372.580	14.715.051	14.379.257	14.163.196	13.458.886	13.476.419
64222	Trabalho em regime de turnos	6.250.481	6.303.341	6.451.453	6.238.681	6.123.399	6.382.661	6.886.779
6423	Prestações sociais directas	82.358	63.525	117.156	135.910	133.088	152.809	226.071
643	Pensões	623.179	580.641	560.129	598.331	669.810	712.775	825.214
645	Encargos sobre remunerações	919.734	2.097.227	2.168.676	2.631.826	2.945.478	2.670.289	2.734.190
646	Seguro Acidentes Trabalho e Doenças Profissionais	597	2.090	13.906	277	13.013	26.326	20.164
648	Outros Custos com Pessoal	22.802	33.033	43.110	77.526	53.355	56.259	107.916
Total		23.693.149	26.083.493	26.729.886	26.953.059	27.234.742	25.863.499	26.904.547

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

Na conta do POCMS - 64 «Custos com o pessoal» debitam-se as remunerações aos órgãos directivos e ao pessoal. Paralelamente, os subsídios de férias e de natal são incluídos nas contas 6411 – «Remunerações base dos órgãos directivos». Assim esta última, remunerações dos órgãos directivos: base (conta do POCMS 6411) atingiu um valor máximo de €329.106,00 no ano de 2007

devido ao aumento nos órgãos de direção e um valor mínimo de €179.070,00 no ano de 2003 devido à saída de um vogal executivo. As remunerações do pessoal: base (conta do POCMS 6421), registaram um valor máximo de €14.715.051,00 no ano de 2005 devido a acréscimos no pessoal médico, no pessoal de enfermagem, no pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) e no pessoal operário e auxiliar e um valor mínimo de €13.314.580,00 no ano de 2003 pelas diminuições no pessoal de enfermagem, no pessoal operário e auxiliar e nos órgãos diretivos.

Sabendo que no POCMS, a conta 64222 – «*Trabalho em regime de turnos*» inclui o subsídio de turno definido na legislação em vigor e as mesmas apresentam no Trabalho em regime de turnos (conta do POCMS 64222) atingiu um valor máximo de €6.886.779,00 no ano de 2009, em 2008 devido à subida do subsídio de prevenção e um valor mínimo de €6.123.399,00 e no ano de 2007 salientou-se uma diminuição das horas extraordinárias. A conta do POCMS 6423 «*Prestações de ação social*» incluem todas as outras prestações sociais (exemplo: invalidez, velhice, sobrevivência, acidentes de trabalho, maternidade, família, desemprego e outras necessidades básicas) concedidas ao pessoal e familiares. Assim, as Outras prestações sociais (conta do POCMS 6423) registaram um valor máximo de €226.071,00 no ano de 2009 devido aos acréscimos registados na comparticipação dos encargos com a saúde (ADSE) e com outras prestações sociais (licença parental) e um valor mínimo de €82.358,00 no ano de 2003 por oposição à justificação anterior.

A conta do POCMS 643 «*Pensões*» destina-se a registar os custos relativos a pensões, nomeadamente de reforma e invalidez, tendo um valor máximo de €825.214,00 em 2009 pelo aumento do número de aposentados devido às alterações legais nesta matéria e um valor mínimo de €560.129,00 em 2005 pelas restrições legais a tal regulamentação o que implicou uma diminuição dos custos relativos a pensões, nomeadamente de reforma e invalidez. Ainda, importa destacar os pedidos de reforma que são registados na conta do POCMS Pensões, bem como as obrigatoriedades da entidade patronal (conta do POCMS 643) para com a Caixa Geral de Aposentações.

Em relação à conta do POCMS 645 «*Encargos sobre remunerações*» que trata das incidências relativas a remunerações que sejam suportadas obrigatoriamente pela entidade verifica-se um valor máximo de €2.945.478,00 no ano de 2007 que reflete o aumento da taxa que incide sobre a entidade patronal (que passou de 13% para 15%) e um valor mínimo de €919.734,00 no ano de 2003 devido à obrigatoriedade da entidade patronal descontar mais 10% para a Caixa Geral de Aposentações.

Quanto à conta do POCMS 646 «*Seguros de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais*» que trata das incidências relativas a obrigações legais que são suportadas obrigatoriamente pela entidade, verifica-se na medida em que nem sempre foi obrigatório a inclusão dos referidos seguros, um valor máximo de €26.326,00 no ano de 2008 que reflete o aumento da taxa que incide sobre a entidade patronal e um valor mínimo de €277,00 no ano de 2006.

Relativamente aos Encargos sociais voluntários (conta do POCMS 647) pode constatar-se que não houve nada a registar com despesas suportadas com a manutenção de creches, lactários, jardins de infância, cantinas, bibliotecas, bem como outras realizações de utilidade pública em benefício do pessoal e dos seus familiares.

Por último, a conta do POCMS 648 «*Outros custos com o pessoal*» inclui todas as despesas com o pessoal não consideradas nas rubricas anteriores e apresenta um valor máximo de €107.916,00 no ano de 2009, um acréscimo nos outros suplementos e prémios que reflete os pagamentos efetuados no âmbito do programa Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e um valor mínimo de €22.802,00 no ano de 2003 referente a cursos de aperfeiçoamento e outras despesas de representação.

No que se refere aos Proveitos e Ganhos (Tabela 29), o Volume de Atividade é composto pelas Vendas e Prestações de Serviços, sendo que no ano de 2009 atingiu o valor de €7.870.686,12. As Vendas têm vindo a diminuir significativamente, de €10.888,14 em 2003 para 79,26€ em 2009 (- 99%), ao contrário das Prestações de Serviços que têm vindo a aumentar gradualmente. A rubrica das Transferências Correntes Obtidas é a que apresenta um maior valor, em 2003 é de €25.616.361,26 passando para €39.988.050,33 em 2009 (+ 56%).

Tabela 29. Demonstração de Resultados (Proveitos e Ganhos) do HAL, 2003-2009

Código	Designação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	PROVEITOS E GANHOS							
71	Vendas e Prestações de Serviços:							
711	Vendas.....	10.888,14	14.663,06	7.536,66	7.851,97	293,96	793,80	79,26
712	Prestações de Serviços.....	7.535.892,97	6.329.443,68	8.196.530,24	6.329.206,05	7.678.013,58	7.022.789,10	7.870.606,86
72	Impostos, taxas e outros.....	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
75	Trabalhos p/ própria instituição.....	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
73	Proveitos suplementares.....	19.837,24	21.149,31	12.965,29	20.014,68	15.614,70	16.923,92	14.155,00
74	Transf. Subsídios correntes obtidos:							
742	Transferências correntes obtidas.....	25.616.361,26	44.069.487,23	35.106.054,76	31.149.014,62	35.735.846,47	29.504.585,10	39.988.050,33
743	Subsídios correntes obtid - out. entes púb...	37.606,30	7.006,25	0,00	0,00	0,00	0,00	168.484,81
76	Outros proveitos operacionais.....	582.201,37	986.915,95	923.479,23	819.668,02	725.336,31	724.993,47	831.103,11
	(B)	33.802.787,28	51.428.665,48	44.246.566,18	38.325.755,34	44.155.105,02	37.270.085,39	48.872.479,37
78	Proveitos e ganhos financeiros.....	58.956,81	34.309,92	43.257,73	17.066,01	14.654,64	14.007,16	5.248,57
	(D)	33.861.744,09	51.462.975,40	44.289.823,91	38.342.821,35	44.169.759,66	37.284.092,55	48.877.727,94
79	Proveitos e ganhos extraordinários.....	2.851.527,12	4.345.160,65	6.738.432,20	4.323.570,22	6.322.264,99	1.817.087,63	3.521.309,05
	(F)	36.713.271,21	55.808.136,05	51.028.256,11	42.666.391,57	50.492.024,65	39.101.180,18	52.399.036,99

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

A Tabela 30 sistematiza os diferentes resultados apurados ao longo da actividade do HAL no período 2003-2009. Assim, os Resultados Operacionais correspondem à diferença entre os lucros e os prejuízos relativos à atividade principal da empresa. Do lado dos proveitos, os mais relevantes são as vendas e prestações de serviços e outros proveitos operacionais. Do lado dos custos, destacam-se os custos das vendas e prestações de serviços, os custos de distribuição e administrativos e, ainda, as amortizações e provisões relativas aos bens afetos à atividade normal da instituição. A este nível, o HAL, à exceção do ano de 2004, apresentou sempre resultados operacionais negativos.

Tabela 30. Demonstração de Resultados (Resultados) do HAL, 2003-2009

Designação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Result. Operacionais: (B-A)	-9.035.409,33	4.931.584,80	-3.841.724,22	-12.978.809,20	-2.762.374,83	-10.195.408,73	-1.156.841,39
Result. Financeiros: (D-B) - (C-A)	57.114,22	28.962,15	41.989,09	16.843,76	14.073,80	9.526,63	1.102,47
Result. Correntes: (D-C)	-8.978.295,11	4.960.546,95	-3.799.735,13	-12.961.965,44	-2.748.301,03	-10.185.882,10	-1.155.738,92
Result. Líquido do Exercício: (F-E)	-6.445.732,91	8.636.562,65	2.436.007,84	-9.009.772,18	2.959.459,69	-9.706.754,83	-50.954,18

Fonte: Adaptado de ULSCB (2004; 2005; 2006; 2007; 2008; 2009a; 2010).

Os Resultados Financeiros são os resultados que decorrem das aplicações de natureza financeira da empresa e dos seus custos de financiamento. Do lado dos proveitos, os mais importantes são os rendimentos das participações de capital, dos títulos negociáveis e outros juros e proveitos similares. Da parte dos custos, temos as amortizações e provisões de aplicações e investimentos financeiros e os juros e encargos resultantes da obtenção de capitais alheios. Neste tipo de resultados, o HAL apresentou sempre valores positivos, pese embora, por serem pouco significativos, os mesmos não tenham sido suficientes para inverter a tendência negativa dos operacionais.

4.4.3. Análise de Indicadores e Rácios

A Tabela 31 indica que o prazo médio de pagamentos (PMP) e o prazo médio de recebimentos (PMR), os quais têm vindo a aumentar, sendo que no ano de 2009 o PMP é de 243 dias e o PMR é de 305. Logo, pode concluir-se que o HAL deve rever as condições comerciais negociadas, tanto com os Clientes como com Fornecedores e Outros Devedores/Credores, por forma a diminuir os atrasos de Recebimentos e combater os problemas de liquidez em relação ao cumprimento de prazos.

Tabela 31. Indicadores e Rácios de Atividade

Atividade	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Rácios	PMP	-	96	41	81	117	243
	PMR	-	201	142	148	177	305
	PMA	-	45	41	40	34	38
	Rotação de Existências	-	8	9	9	11	10
Ciclo de Caixa		-	151	142	107	94	156
Indicadores	V	7.546.781,11	6.344.106,74	8.204.066,90	6.337.058,02	7.678.307,54	7.023.582,90
	VAB	17.709.584,88	34.744.698,27	28.280.520,75	21.157.494,60	26.711.681,99	17.721.142,90
	VAL	16.526.267,03	32.849.040,03	26.235.637,09	18.995.414,11	24.542.261,63	15.695.622,73

Fonte: Elaboração Própria

Como anteriormente se comentou, os Clientes c/c apresentam algumas oscilações entre 2003 e 2009, tendo atingido o valor mais elevado de €4.329.912,41 no último ano. Neste mesmo ano, o PMR é de 305 dias, ou seja, o HAL demora, em média, 305 dias a receber os créditos que

concede aos seus clientes e outros devedores. Logo, o HAL deve rever as condições comerciais negociadas com os Clientes e Outros Devedores o exercer maior pressão de cobrança sobre os mesmos.

Por seu lado, como também comentou aquando do Balanço, as Dívidas a Terceiros aumentaram de €17.330.826,79 em 2003 para €22.938.397,81 no ano de 2009, verificando-se que a rubrica com mais destaque são os Fornecedores c/c. Por exemplo em 2009, o HAL demora em média 243 dias a pagar os créditos que obtém dos seus fornecedores e outros credores. Para diminuir este PMP, tem que renegociar as condições comerciais obtidas dos fornecedores e outros credores ou resolver os problemas de liquidez de forma a cumprir prazos.

Paralelamente, o HAL apresenta em 2009 um Prazo Médio de Armazenagem (PMA) de 10 dias, isto é, significa o número de dias que os stocks permanecem em armazém a partir do momento de entrada. Contudo, o HAL conseguiu reduzir a permanência das Existências em armazém, de 45 dias em 2003 para 38 dias em 2009, ou seja, houve uma melhoria no funcionamento do ciclo de comercialização. Logicamente, a Rotação de Existências tem vindo a aumentar ao longo do período em estudo, refletindo uma maior rotatividade de stocks no HAL, o que, normalmente, é positivo pois traduz um funcionamento saudável do ciclo de comercialização.

Quanto ao Ciclo de Caixa, ou seja, período de tempo decorrido entre o pagamento das compras aos fornecedores e outros credores e o recebimento das vendas e serviços prestados dos clientes e outros devedores, indica que o HAL necessita de 99 dias de compras para se financiar com recurso a capitais alheios ou próprios, uma vez que o crédito de fornecedores e outros credores não é suficiente para financiar a totalidade da duração do ciclo de exploração.

Por último, os indicadores de atividade indicam um Volume de Negócios (V) equilibrado, visto que em 2003 apresenta um valor de €7.546.781,11 e em 2009, €7.870.686,12. Em relação ao Valor Acrescentado Bruto (VAB), o mesmo teve um aumento de €17.709.584,88 para €28.001.175,50, de 2003 para 2009, respetivamente, enquanto o Valor Acrescentado Líquido (VAL) era de €16.526.267,03€ em 2003 e de €25.747.704,44 em 2009.

Quanto à Produtividade do *Hospital Amato Lusitano, EPE*, pode verificar-se que todos os rácios têm vindo a diminuir de 2003 até 2009, ou seja, a recuperação do investimento proveniente dos serviços prestados tem vindo a baixar, quer a nível dos meios económicos, quer a nível dos fatores de produção (**Tabela 32**).

Tabela 32. Rácios de Produtividade

Produtividade		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Meios Económicos	Ativo Total	0,50	0,33	0,41	0,38	0,36	0,35	0,18
	Ativo Imobilizado	0,91	0,46	0,63	0,53	0,69	0,64	0,25
Fatores Produção	Existências	0,93	0,78	0,90	0,70	0,84	0,73	0,76
	Mão-de-Obra	0,32	0,24	0,31	0,24	0,28	0,27	0,29

Fonte: Elaboração Própria

Através dos rácios de rendibilidade (Tabela 33) consegue-se ver o desempenho do HAL. A Rendibilidade Comercial apresenta valores negativos em quase todos os anos e tem vindo e diminuir, quer a nível operacional, como a nível de toda a atividade da entidade (financeira incluída). Logo, pode concluir-se que em 2009 o HAL consegue gerar -14,70% de Resultado Operacional por cada euro de Vendas ou Prestação de Serviços e -0,65% de Resultado Líquido.

Tabela 33. Rácios de Rendibilidade

Rendibilidade		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Comercial	Operativa do VN	-119,73%	77,73%	-46,83%	-204,81%	-35,98%	-145,16%	-14,70%
	Líquida do VN	-85,41%	136,14%	29,69%	-142,18%	38,54%	-138,20%	-0,65%
Económica	Operativa do Ativo	-59,46%	25,45%	-19,20%	-78,55%	-12,96%	-50,16%	-2,67%
	Líquida do Ativo	-42,42%	44,58%	12,18%	-54,53%	13,89%	-47,75%	-0,12%
Financeira		252,68%	101,79%	21,17%	7484,53%	104,23%	127,24%	-0,39%

Fonte: Elaboração Própria

Quanto à Rendibilidade Económica, verifica-se que ambas, a operacional e a líquida do ativo, têm valores negativos apesar de terem melhorado de 2003 para 2009. Sendo assim, o HAL tem pouca capacidade em gerar resultados a partir dos investimentos realizados, em consequência dos resultados registados. Por seu lado, a Rendibilidade Financeira, apesar de apresentar valores positivos em alguns anos, os mesmos são ilusórios, pois resultam da existência de fundos próprios também negativos, traduzindo uma situação de falência técnica.

Na Tabela 34 pode ver-se que o rácio da Liquidez Geral apresenta um valor de 0,54 em 2009, ou seja, correspondendo à capacidade que o HAL dispõe para fazer face aos seus compromissos de curto prazo. Visto que apresenta um valor inferior a 1 (o valor dos ativos de curto prazo é inferior ao passivo da mesma natureza), pode concluir-se que o HAL reflete dificuldades de Tesouraria.

Tabela 34. Rácios de Liquidez

Líquidez	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Geral	0,40	0,71	1,32	0,46	0,91	0,44	0,54
Reduzida	0,34	0,58	1,12	0,37	0,83	0,38	0,49
Imediata	0,02	0,03	0,02	0,00	0,01	0,00	0,01

Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito à Liquidez Reduzida, só no ano de 2005 a mesma apresenta um valor aceitável (1,12), já que nos restantes anos os valores variam entre 0,34 em 2003 e 0,49 em 2009. A Liquidez Imediata apresenta um valor de 0,02 em 2003 e 0,01 em 2009, sendo este o valor imediatamente disponível para fazer face às dívidas a terceiros correntes.

Ao nível do financiamento importa analisar os rácios de endividamento, autonomia financeira e solvabilidade (**Tabela 35**). Assim, o Endividamento consiste em dar apoio na análise de risco sobre a estrutura financeira da entidade. No que toca ao HAL pode concluir-se que tem um Passivo elevado, ou seja, maior nível de endividamento face a terceiros. Sendo que, o HAL ao apresentar em 2009 um valor de 70%, podemos afirmar que este endividamento está associado a um maior risco financeiro.

Tabela 35. Rácios de Financiamento

Financiamento	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Endividamento	117%	56%	42%	101%	87%	138%	70%
Autonomia Financeira	-17%	44%	58%	-1%	13%	-38%	30%
Solvabilidade	-14%	78%	135%	-1%	15%	-27%	44%

Fonte: Elaboração Própria

Quanto mais elevado for o nível dos Capitais Próprios, maior o nível de Autonomia Financeira, determinando a independência ou dependência da entidade. Na **Tabela 35** a Autonomia Financeira apresenta um valor em 2003 de -17% passando para 30% em 2009, contudo este valor continua baixo indicando que o HAL apresenta uma dependência em relação aos credores, sendo esta uma situação desvantajosa na negociação de novos financiamentos. Assim, confirma-se em alguns anos a existência de falência técnica.

A Solvabilidade do *Hospital Amato Lusitano, EPE* regista um valor de -14% em 2003 e um valor de 44%, refletindo um elevado risco para os seus credores, dado que os Capitais Próprios não são suficientes para fazer face às Dívidas a Terceiros.

Em suma, como referem Santos *et al.* (2011: 13), “a contabilidade para a sustentabilidade ligada ao controlo das despesas de recursos humanos, neste caso aplicado ao Hospital Amato Lusitano, implica uma estratégia de intervenção contínua e de desenvolvimento sustentado de modo a maximizar os efeitos socioeconómicos centrado na experimentação de abordagens inovadoras capazes de melhorar o nível de bem-estar do cidadão e desse modo contribuir para uma optimização da despesa pública”.

4.5. Considerações Finais

Face à análise realizada no *Hospital Amato Lusitano EPE* é possível salientar que a existência de um sistema de informação contabilístico devidamente estruturado fornece aos dirigentes, de forma oportuna, informações sobre a real situação dessa entidade. Além disso, a apreciação do seu desempenho através de análises, baseadas na apreciação crítica da sua situação económico-financeira gerada pelas ações do passado, fundamentam a tomada de decisões futuras, com vista a dar resposta às necessidades da sociedade em que se integra e a promover a contribuição deste Hospital como serviço público que impulsiona, efetivamente, a solução de problemas locais, regionais e nacionais (Santos *et al.*, 2011).

Com a integração do HAL e os Agrupamentos dos Centros de Saúde da Beira Interior Sul (BIS) e do Pinhal Interior Sul (PIS) na gestão da ULSCB, previa-se gerar ganhos de economia, eficiência e eficácia com novos modelos de organização de serviços, melhoramento da gestão de recursos humanos, e mais desempenho na prestação de cuidados de saúde. Contudo, assiste-se no período 2003-2009 ao inverso do pretendido. Ao nível da economia, os custos aumentaram. Ao nível da eficiência, a produtividade, quer da mão-de-obra, quer dos fatores de produção, baixou. Ao nível da eficácia, assiste-se a rendibilidades negativas, por via dos respetivos resultados.

Quanto à diminuição dos custos, a estratégia passa pela negociação mais “agressiva” com os fornecedores de bens e serviços e por uma política de contenção de consumos (em particular de medicamentos), bem como ao nível do pessoal e dos serviços requisitados ao exterior. Atendendo à realidade constatada, e apesar dos constrangimentos orçamentais e dos atrasos na regularização de dívidas, mantêm-se grande parte dos pressupostos iniciais, sendo necessário continuar o esforço no sentido de alcançar o equilíbrio económico-financeiro, única via possível para garantir a sustentabilidade da instituição (ULSCB, 2012).

Logo, os fatores de risco identificados para o futuro da ULSCB assentam em três vertentes (ULSCB, 2012):

- A *vertente financeira*, onde a dependência face ao valor do capital limita a ação da entidade, nomeadamente no que respeita à renovação de equipamentos e instalações mais obsoletas, para além das novas imposições legais (por exemplo, a Lei dos compromissos);
- Na *vertente humana*, a ULSCB apresenta uma estrutura etária que não pode considerar-se problemática uma vez que os seus profissionais apresentam uma média de idades de 46,8 anos, valores que podem considerar-se normais para o setor e atividade;
- A *vertente demográfica*, com uma taxa de dispersão populacional acima da média e associada ao facto de existir uma população envelhecida e com uma elevada incidência e prevalência de doenças crónicas (hipertensão arterial e hipercolesterolemia).

Assim, os ganhos a alcançar assentam na rentabilização da capacidade instalada, na abertura da prestação de alguns serviços ao exterior, de forma competitiva face à concorrência existente na região, e no aumento da sua eficiência através da diminuição dos custos de funcionamento, nomeadamente no que respeita aos custos com pessoal: diminuição dos custos com horas extraordinárias; racionalização da utilização de recursos humanos através do desenvolvimento da mobilidade interna, entre outros.

Adicionalmente, o aumento dos proveitos da ULSCB passa pelo registo integral de toda a atividade assistencial e da melhoria da cobrança às seguradoras, aos subsistemas de saúde e aos utentes (taxas moderadoras), incrementando, consequentemente, os resultados.

CONCLUSÃO

Conclusão

Apesar das melhorias registadas nos últimos anos, nas condições de saúde da população portuguesa, por influência da melhoria global das condições socioeconómicas e do crescimento e desenvolvimento do sistema de saúde, continuam a subsistir algumas fragilidades e problemas que obrigam a atribuir ao setor da saúde uma importância prioritária. Por outro lado, devido às várias oscilações políticas e de governos de diferentes partidos, na década de oitenta, os setores mais à direita do espectro político acabaram por aceitar o modelo do SNS e, num segundo momento (década de noventa), os setores mais à esquerda acabaram por aceitar modelos ou soluções de privatização, ainda que parcial, do mesmo SNS.

Visto que, os serviços e organismos do Serviço Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde sofreram grandes alterações no seu sistema de informação contabilístico e financeiro, bem como no processo de auditoria realizado pelo Tribunal de Contas, verificou-se a necessidade de fiabilidade e comparabilidade entre serviços e organismos do SNS e do MS tornando-se imprescindível a adoção do Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), aprovado pela Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro (MFS, 2000), tendo em vista a integração das três áreas da contabilidade: orçamental; patrimonial; e analítica.

Face a esta problemática, o presente Trabalho de Projeto teve como objetivo principal, avaliar a implementação do POCMS no *Hospital Amato Lusitano, EPE* (HAL), através da análise dos documentos de prestação de contas anuais, integrados na vertente da contabilidade patrimonial. Paralelamente, como objetivo secundário, o qual consubstancia o primeiro objetivo, visou-se analisar a sustentabilidade económico-financeira da entidade pública em referência, enquanto localizada numa região de interior e influenciada pela desertificação e envelhecimento das suas populações. Para isso, através do método narrativo-interpretativo de um caso de estudo, pretendeu dar-se resposta às seguintes questões:

- A implementação do POCMS no *Hospital Amato Lusitano, EPE* permitiu uma afetação dos recursos segundo os critérios de economia, eficiência e eficácia?
- Que tipos de indicadores económico-financeiros são elaborados nos hospitais, nomeadamente no *Hospital Amato Lusitano, EPE*?

Cumpridos os objetivos propostos, nomeadamente a revisão da literatura sobre o setor público, em geral, e o setor da saúde, em particular (capítulo 1), a revisão da literatura sobre a contabilidade pública, tomando por referência os seus planos de contabilidade setoriais e, especialmente, o POCMS aplicável ao HAL (capítulo 2), a caracterização do distrito de Castelo Branco, enquanto distrito de intervenção primordial do HAL, segundo a perspetiva demográfica, económica e social (capítulo 3) e o estudo de caso que nos permitiu avaliar a implementação do POCMS, tendo por base a análise económico-financeira do HAL no período 2003-2009 (capítulo 4),

pretendeu-se, ainda, apresentar evidências para outros hospitais, cumprindo critérios de economia, eficiência e eficácia no quadro de políticas económicas e financeiras sustentáveis.

➤ Resultados do Estudo

No âmbito dos planos setoriais públicos, particularmente no POCMS, pode concluir-se que, a contabilidade se apresenta como uma poderosa ferramenta para a gestão dos serviços e organismos abrangidos pelo mesmo, possuidores de ambientes dinâmicos, turbulentos e competitivos, obrigando as diversas entidades, de que é exemplo o *Hospital Amato Lusitano, EPE*, à produção de informação útil para a tomada de decisões e, consequentemente, para a gestão dos seus serviços.

Em relação à análise realizada ao distrito de Castelo Branco, constata-se que a parte mais rural do distrito sobrevive da agricultura e transformação primária dos produtos agrícolas e pecuários, no entanto, nos centros urbanos de maior índice populacional, este setor deu lugar a modernas indústrias de ramos diversificados. O distrito de Castelo Branco é sinalizado pelo despovoamento humano, resultante de um enquadramento demográfico retroativo, que permanece desde os anos 60, que originou o aumento do índice de envelhecimento, em paralelo com a desertificação. A densidade populacional é relativamente baixa, sendo que somente os municípios de maior dimensão urbana manifestam competências de atração sobre os envolventes e sobre outras regiões do país.

Quanto à vertente da educação no distrito de Castelo Branco, pode concluir-se sobre a diminuição do número de alunos matriculados no distrito ao nível dos diversos níveis de ensino, comprovando-se que os valores mais elevados são registados no ensino básico, acompanhando a tendência da região Centro e de Portugal. Já ao nível da atividade económica, se confirma uma preponderância de Microempresas e das PME, acompanhadas de uma tendência que confirma a baixa densidade de empresas por Km².

Quanto aos resultados obtidos da análise económico-financeira realizada, os mesmos permitem concluir sobre: a necessidade de otimização das despesas com pessoal; e o cumprimento de critérios de legalidade, economia, eficiência e eficácia no quadro das políticas económicas e financeiras sustentáveis. De facto, no período 2003-2009, verifica-se que ao nível da economia, os custos aumentaram. Ao nível da eficiência, a produtividade, quer da mão de obra, quer dos fatores de produção, baixou. Ao nível da eficácia, assiste-se a rendibilidades negativas, por via dos respetivos resultados. Contudo, poderá ser questionável se a existência de resultados positivos (lucro) neste tipo de entidades é compatível com a satisfação dos seus objetivos sociais.

➤ Limitações do Estudo

Expostas as principais conclusões do estudo realizado, importa referir algumas limitações que este reúne, nomeadamente:

- se o estudo fosse alargado e comparado com outros Hospitais públicos, poderiam obter-se resultados mais abrangentes e conclusivos para uma melhor análise da sustentabilidade económico-financeira neste setor da saúde.
- A limitação na análise empírica exploratória dos documentos de prestação de contas do HAL, pois os dados tratados foram os relativos aos anos de 2003-2009, já que eram os anos que dispunham de dados definitivos, quando se iniciou a análise. Contudo, à presente data já se encontram publicados mais dois anos económicos.
- A escassez de dados divulgados a nível de caracterização do distrito de Castelo Branco, bem como a dificuldade em obter dados comparáveis para uma melhor caracterização económica e social do Distrito, constituiu outra limitação.

➤ Possibilidades de Investigação Futura

Na medida em que este Trabalho de Projeto é ainda uma análise exploratória, existindo outras investigações que podem ser desenvolvidas, tais como:

- Aprofundar este estudo, tendo por base a implementação do Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH), visto ser uma contabilidade interna e fundamental para a gestão de qualquer entidade hospitalar, tentando estabelecer linhas orientadoras para uma uniformização dos critérios de imputação e formas de distribuição dos custos/proveitos.
- Alargamento da base de dados, por um lado, a anos mais recentes, e, por outro lado, a anos anteriores a 2003, com vista a verificar se existem diferenças significativas com a introdução (ou não) do POCMS.
- Aplicação desta abordagem de investigação a outros hospitais públicos, comparando os resultados agora obtidos com os que entretanto fossem recolhidos.
- Repetição deste estudo num hospital privado, tentando avaliar se as perceções dos profissionais acerca da informação contabilística são substancialmente diferentes das dos profissionais de uma instituição pública.
- Estudar os sistemas de controlo interno implementados nos hospitais, no domínio dos controlos orçamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

- Abreu, R.; David, F. e Crowther, D. (2005). Corporate Social Responsibility is urgently needed in Health Care. *Social Responsibility Journal*, 1 (3/4, October): 225-240.
- Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, 2010). *Plano de Acção 2010*. Coimbra: ARSC.
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades*. Lisboa: FCSH / Universidade Nova de Lisboa.
- Amorim, M.A.S.C. (2009). *O Programa SIGIC no Combate às Listas de Espera Cirúrgicas*. Braga: Universidade do Minho / Escola de Economia e Gestão.
- Antunes, J.J.; Lino, V.; Pêcego, L.; Tranquada, M.S. e Varela, J.A. (2000). *POCMS - Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde Explicado*. Lisboa: IGIF.
- Araújo, J. (2007a). A implementação do POCP e dos planos sectoriais nos serviços autónomos da Administração Central: estudo e análise. *Revista TOC*, 90: 48-55.
- Araújo, J.F. (2000). *O Modelo de Agência como Instrumento de Reforma da Administração*. Lisboa: Fórum 2000: Reforma do Estado e Administração Gestonária.
- Araújo, J.M.P. (2005). A Implementação do Plano Oficial de Contabilidade Pública e dos Planos Sectoriais dos Serviços Autónomos da Administração Central: Estudo e Análise. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho / Escola de Economia e Gestão.
- Araújo, J.M.P. (2007b). *Avaliação da gestão pública: a administração pós burocrática*. La Coruña (Espanha): Conferência da UNED.
- Arez, N. (2006). A transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais. *Revista TOC*, 75: 31-33.
- Assembleia Constituinte (AC, 1976). Constituição da República Portuguesa. *Diário da Assembleia Constituinte*, 132, de 3 de Abril: 4381 a 4454.
- Assembleia da República (AR, 1979a). Lei nº 44/79, cria o Instituto Universitário da Beira Interior. *Diário da República*, 210, I Série, 11 de Setembro: 2260-2261.
- Assembleia da República (AR, 1979b). Lei n.º 56/79, cria o Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 214, I Série, 15 de Setembro: 2357-2363.
- Assembleia da República (AR, 1986). Lei n.º 46/86, aprova a Lei de Bases do Sistema Educativo. *Diário da República*, 237, I Série, 14 de Outubro: 3067-3081.
- Assembleia da República (AR, 1990a). Lei nº 8/90, aprova as Bases da Contabilidade Pública. *Diário da República*, 43, I Série, 20 de Fevereiro: 685-687.
- Assembleia da República (AR, 1990b). Lei nº 48/90, aprova a Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 195, I Série, 24 de Agosto: 3452-3459.
- Assembleia da República (AR, 1991). Lei nº 6/91, enquadramento do Orçamento do Estado. *Diário da República*, 42, I Série-A, 20 de Agosto: 822-827.
- Assembleia da República (AR, 1997). Lei nº 98/97, aprova a Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas. *Diário da República*, 196, I Série-A, 26 de Agosto: 4401-4424.
- Assembleia da República (AR, 1998). Lei nº 42/98, aprova a Lei das Finanças Locais. *Diário da República*, 180, I Série-A, 6 de Agosto: 3776-3783.
- Assembleia da República (AR, 1999). Lei nº 162/99, primeira alteração, por apreciação parlamentar, do Decreto-Lei n.º 54-A/99, de 22 de Fevereiro, que aprova o Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais (POCAL), definindo-se os princípios orçamentais e contabilísticos e os de controlo interno, as regras previsionais, os critérios de valorimetria, o balanço, a demonstração de resultados, bem assim os documentos previsionais e os de prestação de contas. *Diário da República*, 215, I Série-A, 14 de Setembro: 6310.
- Assembleia da República (AR, 2001). Lei nº 91/2001, aprova a Lei de Enquadramento Orçamental. *Diário da República*, 192, I Série-A, 20 de Agosto: 5352-5369.

- Assembleia da República (AR, 2002). Lei nº 27/2002, aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, 24 de Agosto. *Diário da República*, 258, I Série-A, 8 de Novembro: 7150-7154.
- Assembleia da República (AR, 2005). Lei Constitucional nº 1/2005, aprova a Sétima revisão constitucional. *Diário da República*, 155, I Série-A, 12 de Agosto: 4642-4686.
- Assembleia da República (AR, 2010). Lei nº 3-B/2010, aprova o Orçamento do Estado para 2010. *Diário da República*, 82, I Série-A, 28 de Abril: 1466(66)-1466(384).
- Assembleia da República (AR, 2011). Lei nº 52/2011, procede à sexta alteração à lei de enquadramento orçamental, aprovada pela Lei n.º 91/2001, de 20 de Agosto, e determina a apresentação da estratégia e dos procedimentos a adoptar até 2015 em matéria de enquadramento orçamental. *Diário da República*, 197, I Série, 13 de Outubro: 4612-4633.
- Barbosa, C.M.O. (2005). *A contabilidade pública: os seus destinatários e as suas necessidades de informação. Um estudo no sector da saúde - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho / Escola de Economia e Gestão.
- Barros, P.P. (2009). *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 2ª Ed. Coimbra: Almedina.
- Barros, P.P. e Gomes, J.P. (2002). Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português. Lisboa: Gabinete de Análise Económica / Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P.P. e Simões, J. (2007). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9 (5): 1-163.
- Barros, P.P.; Fernandes, A.C. e Fernandes, J.V. (2011). *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais: Príncipe.
- Barros, P.P.; Machado, S.R. e Simões, J.A. (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (4): 1-156.
- Caetano, L. (2005). Abandono Escolar: Repercussões Sócio-Económicas na Região Centro. Algumas Reflexões. *Finisterra*, 40 (79): 163-176.
- Caiado, A.C.P. e Pinto, A.C. (1997). *Manual do Plano Oficial de Contabilidade Pública*. Lisboa: Vislis Editora.
- Caiado, A.C.P. e Pinto, A.C. (2002). *Manual do Plano Oficial de Contabilidade Pública*. Lisboa: Áreas Editora.
- Câmara Municipal de Castelo Branco (CMCB, 2005). *Diagnóstico para a Sustentabilidade - Castelo Branco Agenda XXI (Relatório)*. Castelo Branco: CMCB.
- Campos, A.C. e Simões, J. (2011). O Percurso da Saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Almedina.
- Cardoso, C.S.M. (2009). *Sistema da Accountability Informatizada Judicial: Um Estudo de Caso Aplicável a um Tribunal do Porto*. Porto: Faculdade de Economia / Universidade do Porto.
- Carvalho, J. e Ribeiro, V.L. (2004). Os planos sectoriais decorrentes do Plano Oficial de Contabilidade Pública. *Revista TOC*, 56: 20-31.
- Carvalho, J. e Silveira (2008). *Prestação de Contas na Administração Pública - Formação eventual*. Lisboa: Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas.
- Clarke, T. e Pitelis, C. (1993). *The Political Economy of Privatization*. London: Routledge.
- Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde (CSFSNS, 2007). *Financiamento do Serviço Nacional de Saúde - Relatório final*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Conselho Local de Acção Social de Castelo Branco (CLASCB, 2010). *Diagnóstico Social do Concelho de Castelo Branco*. Castelo Branco: CMCB.
- Correia, F.A.M. (2002). Medidas de desempenho da gestão pública - Economia, Eficácia e Eficiência. *Jornal do Técnico de Contas e da Empresa*, 444 (Outubro): 275-283.
- Costa, C.B. e Alves, G.C. (2013). *Contabilidade Financeira*. 8.ª ed. Lisboa: Rei dos Livros.
- David, F., Abreu, R. e Frade, C. (2009). Aplicação do POC-Educação às Instituições do Ensino Básico e Secundário em Portugal. In: Comissão Organizadora da XIX Spanish-Luso Conference on Management (ed.). *XIX Jornadas Hispano-Lusas de Gestión Científica: Comunicaciones*. 2009, Baeza: Universidad de Jaén.

- Deloitte (2011). Saúde em análise - uma visão para o futuro. *Public Setor, Life Sciences & Healthcare*, 2011: 1-116.
- Encarnação, C. (2009). *Indicadores Económico-Financeiros: Os impactos da alteração normativa em Portugal*. Tese de Mestrado. Lisboa: ISCTE.
- Ferrão, J.; Henriques, E.B. e Neves, A.O. (1994). Repensar as cidades de média dimensão. *Análise Social*, 129: 1143-1147.
- Ferreira, P.L. (2008). *O estado da saúde em Portugal. Cadernos Regionais - Estudos*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra / Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde do Centro.
- Franco, A.L.S. (1992). *Finanças Públicas e Direito Financeiro*. Vol. 1. 4ª Ed. Coimbra: Almedina.
- Franco, A.S. (1995). *Finanças Públicas e Direito Financeiro*. Vol. I, 4ª ed. - 2ª reimpressão. Coimbra: Almedina.
- Gelb, D. S. e Strawser, J. A. (2001). Corporate Social Responsibility and Financial Disclosures: An Alternative Explanation for Increased Disclosure. *Journal of Business Ethics*, 33: 1-13.
- Gonçalves, S.M.O.S. (2007). *A Consolidação de contas da Administração Pública: enquadramento teórico e análise empírica*. Tese de Mestrado: Braga: Universidade do Minho / Escola de Economia e Gestão..
- Hartley, J.F. (1994). Case studies in organizational research. In: Cassell, C. e Symon, G. (eds.). *Qualitative Methods in Organizational Research*. London: Sage Publications: 208-229.
- Hood, C. (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69 (Spring): 3-19.
- Horngren, C.T.; Bhimani, A.; Foster, G. e Datar, S.M. (1999). *Management and Cost Accounting*. London: Prentice Hall Europe.
- Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011a). *Anuário Estatístico da Região Centro 2010*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011b). *Anuário da População Residente 2010*. Lisboa: INE.
- Jesus, M.A.J. (2008). *A Contabilidade Pública e a Contabilidade Nacional: Principais Divergências e Implicações no Défice Público em Portugal*. Tese de Doutoramento. Lisboa: ISCTE Business School.
- Jorge, S.M.; Pereira, R.P. e Sá, P.M. (2010). *A informação produzida pelos sistemas de contabilidade de custos nos hospitais públicos portugueses: características e lacunas*. In: Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (ed). *Comunicaciones Presentadas - Actas del XIV Encuentro AECA*. Madrid: AECA.
- Junta de Salvação Nacional (JSN, 1974). Decreto-Lei n.º 203/74, define o programa do Governo Provisório e estabelece a respectiva orgânica. *Diário da República*, 113, I Série, de 15 de Maio: 623-627.
- Kooiman, J. (1994). *Modern Governance*. Londres: Sage.
- Marques de Almeida, J.J. e Marques, M.C.C. (2003). A Contabilidade Pública e o Sector da Educação em Portugal: do pressuposto legal à economia, eficiência e eficácia. *Education Policy Analysis Archives*, 11 (42): 1-18.
- Martins, A. (2004). *Introdução à Análise Financeira de Empresas*. Porto: Vida Económica.
- Martins, A. (2007). *Análise de Balanços e Estudos de Indicadores Económico-financeiros: Indicadores de Performance Empresarial*. Lisboa: OTOC.
- Martins, N. (2006). *A Contabilidade Analítica nas Instituições de Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.
- Mateus, C. (2010). Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão. In: Associação Portuguesa de Economia da Saúde (coord. Jorge Simões). *30 Anos do Serviços Nacional de Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território (MAOT, 2000). Decreto-Lei n.º 315/2000, altera o Decreto-Lei n.º 54-A/99, de 22 de Fevereiro, que aprova o Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais (POCAL). *Diário da República*, 278, I Série-A, 2 de Dezembro: 6917-6918.
- Ministério da Administração Interna (MAI, 1979). Decreto-Lei nº 243/79, estabelece normas relativas à elaboração do orçamento e contas das autarquias locais. *Diário da República*, 170, I Série, de 25 de Julho: 1661-1679.
- Ministério da Saúde (MS, 1986). Decreto-Lei nº 57/86, regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 66, I Série, de 20 de Março: 669-671.
- Ministério da Saúde (MS, 1988). Decreto-Lei nº 19/88, aprova a lei de gestão hospitalar. *Diário da República*, 17, I Série, 3º Suplemento, de 21 de Janeiro: 248(20)-248(23).

- Ministério da Saúde (MS, 1993a). Decreto-Lei nº 11/93, aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 12, I Série-A, de 15 de Janeiro: 129-134.
- Ministério da Saúde (MS, 1993b). Decreto-Lei nº 335/93, aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde. *Diário da República*, 229, I Série-A, de 29 de Setembro: 5460-5466.
- Ministério da Saúde (MS, 1998a). Decreto-Lei nº 97/98, estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 91, I Série-A, de 18 de Abril: 1709-1711.
- Ministério da Saúde (MS, 1998b). Decreto-Lei nº 117/98, estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral. *Diário da República*, 103, I Série-A, de 5 de Maio: 1991-1994.
- Ministério da Saúde (MS, 1999a). *Saúde: um compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: MS.
- Ministério da Saúde (MS, 1999b). Decreto-Lei nº 156/99, estabelece o regime dos sistemas locais de saúde. *Diário da República*, 108, I Série-A, de 10 de Maio: 2421-2424.
- Ministério da Saúde (MS, 1999c). Decreto-Lei nº 286/99, estabelece a organização dos serviços de saúde pública. *Diário da República*, 173, I Série-A, de 27 de Julho: 4690-4694.
- Ministério da Saúde (MS, 1999d). Decreto-Lei nº 374/99, cria os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 219, I Série-A, de 18 de Setembro: 6484-6493.
- Ministério da Saúde (MS, 2003a). Decreto-Lei nº 30/2003, cria a rede de cuidados de saúde primários. *Diário da República*, 77, I Série-A, de 1 de Abril: 2118-2127.
- Ministério da Saúde (MS, 2003b). Decreto-Lei nº 173/2003, estabelece o regime das taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde. *Diário da República*, 176, I Série-A, de 1 de Agosto: 4537-4538.
- Ministério da Saúde (MS, 2003c). Decreto-Lei nº 309/2003, cria a Entidade Reguladora da Saúde. *Diário da República*, 284, I Série-A, de 1 de Dezembro: 8329-8338.
- Ministério da Saúde (MS, 2005). Decreto-Lei nº 233/2005, transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos. *Diário da República*, 249, I Série-A, de 29 de Dezembro: 7323-7233.
- Ministério da Saúde (MS, 2006a). Decreto-Lei nº 101/2006, Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 109, I Série-A, de 6 de Junho: 3856-3865.
- Ministério da Saúde (MS, 2006b). Decreto-Lei nº 212/2006, aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. *Diário da República*, 208, I Série-A, de 27 de Outubro: 7517-7525.
- Ministério da Saúde (MS, 2007). Decreto-Lei nº 298/2007, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário da República*, 161, I Série, de 22 de Agosto: 5587-5596.
- Ministério da Saúde (MS, 2008). Decreto-Lei nº 28/2008, estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 38, I Série, de 22 de Fevereiro: 1182-1189.
- Ministério da Saúde (MS, 2009a). Decreto-Lei nº 81/2009, reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República*, 65, I Série, de 2 de Abril: 2058-2062.
- Ministério da Saúde (MS, 2009b). Decreto-Lei nº 318/2009, cria a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos. *Diário da República*, 212, I Série, de 2 de Novembro: 8310 a 8317.
- Ministério da Saúde (MS, 2010a). Decreto-Lei nº 19/2010, cria a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.. *Diário da República*, 56, I Série, de 22 de Março: 900-906.
- Ministério da Saúde (MS, 2010b). Decreto-Lei nº 48-A/2010, aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 93, I Série, Suplemento, de 13 de Maio: 1654(2)-1654(15).

- Ministério da Saúde (MS, 2011). Decreto-Lei n.º 113/2011, regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. *Diário da República*, 229, I Série, de 29 de Novembro: 5108-5110.
- Ministério da Saúde (MS, 2012). Decreto-Lei n.º 128/2012, procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. *Diário da República*, 119, I Série, de 21 de Junho: 3079-3083.
- Ministério da Saúde e Assistência (MSA, 1968). Decreto N.º 48358, aprova o Regulamento Geral dos Hospitais. *Diário da República*, 101, I Série, de 27 de Abril: 612-626.
- Ministério da Saúde e Assistência (MSA, 1971). Decreto-Lei n.º 413/71, promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas. *Diário da República*, 228, I Série, de 27 de Setembro: 1406-1434.
- Ministério das Finanças (MF, 1992). Decreto-Lei n.º 155/92, estabelece o regime da administração financeira do Estado. *Diário da República*, 172, Série I-A, 28 de Julho: 3502-3509.
- Ministério das Finanças (MF, 1993). Decreto-Lei n.º 226/93, estabelece o novo regime de contabilidade dos serviços municipalizados e das federações de municípios. *Diário da República*, 144, Série I-A, 22 de Junho: 3384-3416.
- Ministério das Finanças (MF, 1997). Decreto-Lei n.º 232/97, aprova o Plano Oficial de Contabilidade Pública. *Diário da República*, 203, Série I-A, 3 de Setembro: 4594-4638.
- Ministério das Finanças (MF, 1999). Decreto-Lei n.º 558/99, estabelece o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas. *Diário da República*, 292, I Série-A, de 17 de Dezembro: 9012-9019.
- Ministério das Finanças (MF, 2000). Decreto-Lei n.º 671/2000, aprova o Cadastro e Inventário dos Bens Móveis do Estado (CIME). *Diário da República*, 91, II Série, de 17 de Abril: 7068-7106.
- Ministério das Finanças (MF, 2002). Decreto-Lei n.º 12/2002, aprova o Plano Oficial de Contabilidade das Instituições do Sistema de Solidariedade e de Segurança Social. *Diário da República*, 21, I Série-A, 25 de Janeiro: 536-592.
- Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações (MOPTC, 2008). Decreto-Lei n.º 18/2008, Aprova o Código dos Contratos Públicos, que estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo. *Diário da República*, 20, I Série, 29 de Janeiro: 753-852.
- Ministério do Emprego e da Segurança Social (MESS, 1988). Decreto-Lei n.º 24/88, aprova o Plano de Contas das Instituições de Segurança Social (PCISS). *Diário da República*, 24, I Série, 29 de Janeiro: 309-327.
- Ministério do Emprego e da Segurança Social (MESS, 1989). Decreto-Lei n.º 78/89, aprova o Plano de Contas das Instituições Particulares de Solidariedade Social e determina a obrigatoriedade da sua aplicação. *Diário da República*, 52, I Série, 3 de Março: 948-967.
- Ministério do Emprego e da Segurança Social (MESS, 1995). Decreto-Lei n.º 295/95, aprova o Plano de Contas das Associações Mutualistas. *Diário da República*, 266, I Série-A, 17 de Novembro: 7050-7079.
- Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território (MEPAP, 1999). Decreto-Lei n.º 54-A/99, aprova o Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais (POCAL), definindo-se os princípios orçamentais e contabilísticos e os de controlo interno, as regras previsionais, os critérios de valorimetria, o balanço, a demonstração de resultados, bem assim os documentos previsionais e os de prestação de contas. *Diário da República*, 44, I Série-A, 22 de Fevereiro: 1018(2)-1018(84).
- Ministério do Ultramar (MU, 1973). Decreto-Lei n.º 584/73, Surge o Ministério da Saúde, autonomizado face à Assistência. *Diário da República*, 259, I Série, Suplemento, 6 de Novembro: 2120(1).
- Ministério dos Assuntos Sociais (MAS, 1975). Decreto-Lei n.º 488/75, cria administrações distritais dos serviços de saúde. *Diário da República*, 204, I Série, 4 de Setembro: 1305-1306.
- Ministério dos Assuntos Sociais (MAS, 1976). Decreto-Lei n.º 580/76, determina que os médicos que hajam obtido a sua licenciatura depois de 1 de Janeiro de 1973 e que desejem seguir a carreira médica devem prestar um ano de serviço na periferia, após terem concluído o respectivo internato de policlínica. *Diário da República*, 169, I Série, de 21 de Julho: 1627.
- Ministério dos Assuntos Sociais (MAS, 1982a). Decreto-Lei n.º 254/82, cria as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde (ARS). *Diário da República*, 147, I Série, 29 de Junho: 1897-1900.
- Ministério dos Assuntos Sociais (MAS, 1982b). Decreto-Lei n.º 357/82, concede ao Serviço Nacional de Saúde autonomia administrativa e financeira. *Diário da República*, 206, I Série, 6 de Setembro: 2645.

- Ministério dos Assuntos Sociais (MAS, 1983). Decreto-Lei n.º 97/83, aprova o Regulamento dos Centros de Saúde. *Diário da República*, 93, I Série, 22 de Abril: 1439-1453.
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (MFAPS, 2010). Despacho n.º 10823/2010, aprova a criação do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. *Diário da República*, 126, II Série, de 1 de Julho: 35874.
- Ministérios das Finanças e da Educação (MFE, 2010). Portaria n.º 794/2000, aprova o Plano Oficial de Contabilidade Pública para o Sector da Educação (POC - Educação). *Diário da República*, 218, I Série-B, de 20 de Setembro: 4976-5054.
- Ministérios das Finanças e da Saúde (MFS, 2000). Portaria n.º 898/2000, aprova o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS). *Diário da República*, 225, I Série-B, 28 de Setembro: 5250-5314.
- Neves, J. C. (2000). *Análise Financeira - Técnicas Fundamentais*. Lisboa: Texto Editora.
- Nogueira, S.P.S. (2005). A Contabilidade Pública em Portugal: proposta de um plano oficial de contabilidade único. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho / Escola de Economia e Gestão.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde: Relatório de Primavera do OPSS*. Lisboa: OPSS.
- Oliveira, M. e Pinto, C.G. (2005). Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*, 14: S203-S220.
- Pascoal, T.M.R. e Ribeiro, J.H.V. (2001). *Relatório de Gestão das entidades públicas e privadas portuguesas: Instrumento de informação e de controlo da actividade*. In: Comissão Organizadora do VII Congreso Internacional de Costos (ed.). *Cruzando Fronteras: Tendencias de Contabilidad Directiva para el Siglo XXI*. Léon: IIC / Universidad de Léon.
- Presidência do Conselho de Ministros (PCM, 1983). Decreto-Lei n.º 344-A/83, aprova a Lei Orgânica do IX Governo Constitucional. *Diário da República*, 169, I Série, Suplemento, 15 de Julho: 2744(2)-2744(7).
- Presidência do Conselho de Ministros (PCM, 2009). *Programa do XVIII Governo Constitucional*. Lisboa: PCM.
- Presidência do Conselho de Ministros (PCM, 2011). *Programa do XIX Governo Constitucional*. Lisboa: PCM.
- Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde (PCMeMFPS, 1984). Decreto-Lei n.º 74-C/84, cria, no âmbito do Ministério da Saúde, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República*, 53, I Série, 2º Suplemento, 2 de Março: 732(6)-732(22).
- Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Setor da Saúde*. Porto: Vida Económica.
- Rippendorff, K. (1990). *Metodologia de análisis de contenido: teoria e práctica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Robinson, T., Greuning, H., Henry, E. e Broihahn, M. (2009). *International financial statement analysis*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Roda, A.F.R.A.A. (2011). *Análise Económico-Financeira de Empresas e o Seu Impacto na Gestão do Risco de Crédito*. Mestrado em Finanças. Lisboa: ISEG / Universidade Técnica de Lisboa.
- Rodrigues, M.A.V. e Araújo, J.F. (2005). *A Nova Gestão Pública na Governação Local*. Oeiras: 3º Congresso Nacional de Administração Pública.
- Saías, L.; Carvalho, R. e Amaral, M. (2004). *Instrumentos Fundamentais de Gestão Financeira*. 4.ª Ed. Lisboa: Universidade Católica.
- Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde*. Coimbra: Almedina.
- Santos, C.B.G. (2012). *Disparidades na Distribuição Geográfica de Recursos de Saúde em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho / Escola de Economia e Gestão.
- Santos, S.; David, F. e Abreu, R. (2011). *Controlo das Despesas com Recursos Humanos: parte da solução ou parte do problema?*. Vila do Conde: Conferência - Investigação e Intervenção em Recursos Humanos 2011.
- Silva, A.B. (1995). *Management Público - Reforma da Administração Financeira do Estado*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Silva, A.M.B. (1994). *Management público: reforma da administração financeira do Estado*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Silva, A.M.B. (2002). *Gestão Financeira da Administração Pública Central*. Lisboa: Áreas Editora.

- Silva, S.S.B. (2008). *Capital humano e capital social: construir capacidades para o desenvolvimento dos territórios*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Letras / Universidade de Lisboa.
- Silverman, D. (2001). *Interpreting Qualitative Data*. 2nd ed. London: Sage Publications.
- Silvestre, H. e Araújo, J.A. (2009). *Gestão por Resultados no Sector Público: O Caso dos Hospitais EPE*. Lisboa: Conferência do INA.
- Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde - dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J.M.T.A. (2003). *Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho. Lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Dissertação de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro / Secção Autónoma de Ciências da Saúde.
- Suleiman, E. (2003). *Dismantling Democratic States*. New Jersey: Princeton University Press.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2005). *Relatório e Contas 2004*. Castelo Branco: HAL.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2006). *Relatório e Contas 2005*. Castelo Branco: HAL.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2007). *Relatório e Contas 2006*. Castelo Branco: HAL.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2008). *Relatório e Contas 2007*. Castelo Branco: HAL.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2009a). *Relatório e Contas 2008*. Castelo Branco: HAL.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2009b). *Regulamento Interno*. Castelo Branco: ULSCB.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2010). *Relatório e Contas 2009*. Castelo Branco: HAL.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB, 2012). *Relatório e Contas 2011*. Castelo Branco: ULSCB.
- World Health Organization (WHO, 2000). *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WH.
- Yin, R.K. (2008). *Case Study Research Design and Methods*. 3th Ed. London: Sage Publications.